

Alkoholprävention am Arbeitsplatz Hochschule



Durchführung eines Pilotprojektes
und Entwurf eines Alkoholpräventionsprogrammes
für Hochschulen



Dem Fachbereich Erziehungswissenschaften der Universität Lüneburg
zur Erlangung des Grades Doktor der Philosophie
- Dr. phil. –
vorgelegte Dissertation von

Henno G. W. Wiesner
geb.: 09. Mai 1952 in Plön.

Eingereicht am: 14.10.1997

Erster Gutachter: Prof. Dr. Franz Stimmer
Zweiter Gutachter: Prof. Dr. Herbert E. Colla – Müller
Dritter Gutachter: HD Dr. Walter Kamps

Erschienen unter dem Titel:

Alkoholprävention am Arbeitsplatz Hochschule

- Durchführung eines Pilotprojektes und Entwurf eines Alkoholpräventionsprogrammes für Hochschulen –

Druckjahr: 1998

Vorwort

Der Teufelskreis

Den nächsten Planeten bewohnte ein Säufer. Der Besuch war sehr kurz, aber er tauchte den kleinen Prinzen in eine tiefe Schwermut. „Was machst du da,“ fragte er den Säufer, den er stumm vor einer Reihe leerer und einer Reihe voller Flaschen sitzend antraf. „Ich trinke“, antwortete der Säufer mit düsterer Miene. „Warum trinkst du“, fragte ihn der kleine Prinz. „Um zu vergessen“, antwortete der Säufer. „Um was zu vergessen“, erkundigte sich der kleine Prinz, der ihn schon bedauerte. „Um zu vergessen, daß ich mich schäme“, gestand der Säufer und senkte den Kopf. „Weshalb schämst du dich,“ fragte der kleine Prinz, der den Wunsch hatte, ihm zu helfen. „Weil ich saufe“, endete der Säufer und verschloß sich endgültig in sein Schweigen. Und der kleine Prinz verschwand bestürzt. Die großen Leute sind entschieden sehr, sehr wunderlich, sagte er zu sich auf seiner Reise.

Antoine de Saint Exupéry

"Der kleine Prinz"

VORWORT	1
Darstellungsverzeichnis.....	7
Abkürzungsverzeichnis	8
EINLEITUNG	10
TEIL I GRUNDLAGEN ZUR BEURTEILUNG DES ALKOHOLISMUS.....	13
1 BEGRIFFSKLÄRUNG.....	13
1.2 Die Sucht	13
1.3 Alkoholgebrauch und Alkoholmißbrauch.....	14
1.4 Alkoholsucht, Alkoholabhängigkeit und Alkoholismus.....	14
1.6 Co–Alkoholismus	15
2 SUCHTENTWICKLUNG.....	16
2.1 Die Droge Alkohol	18
2.2 Persönlichkeit.....	22
2.2.1 Physiologische Faktoren	22
2.2.2 Psychologische Faktoren	23
2.3 Umwelt	25
3 DER ALKOHOLISMUS ALS KRANKHEIT.....	26
3.1 Phasenmodelle des Alkoholismus	27
3.2 Typologie des Alkoholismus nach JELLINEK	30
4 CO–ABHÄNGIGKEIT.....	32
4.1 Die systemische Betrachtungsweise.....	33
4.2 Das ‘Drama–Dreieck’	34
5 FUNKTION UND BEDEUTUNG DES ALKOHOLS IN DER GESELLSCHAFT	36
5.1 Soziokulturelle Faktoren	37
5.2 Soziostrukturelle Faktoren	38
5.2.1 Alkoholkonsum am Arbeitsplatz	41
5.2.1.1 Alkoholkonsumfördernde Arbeitsbedingungen.....	41
5.2.1.2 Alkoholkonsumhemmende Arbeitsbedingungen	44
5.3 Soziofunktionale Faktoren	44
5.4 Intentionale Faktoren	45
6 AUSWIRKUNGEN DES ALKOHOLISMUS	46
6.1 Persönliche Konsequenzen	46
6.2 Betriebliche und dienstliche Konsequenzen	47

6.2.1	Verbreitung des Alkoholismus unter Arbeitnehmern	48
6.2.2	Ökonomische Auswirkungen	49
6.2.3	Arbeitsrechtliche Folgen	50
6.2.3.1	Disziplinarmaßnahmen bei Beamten	50
6.2.3.2	Maßnahmen für Arbeiter und Angestellte	51
7	ZUSAMMENFASSUNG	51
TEIL II PROGRAMME UND PROBLEME BETRIEBLICHER ALKOHOLPRÄVENTION		53
1	BEGRIFFSKLÄRUNG	53
2	GESCHICHTE BETRIEBLICHER HILFEPROGRAMME	54
3	GRÜNDE UND ZIELE FÜR EINE BETRIEBLICHE ALKOHOLPRÄVENTION	55
4	AUFBAU EINES SUCHTPRÄVENTIONSPROGRAMMES	56
4.1	Arbeitskreis	57
4.1.1	Personelle Zusammensetzung	58
4.1.2	Problematisierung	58
4.2	Suchtkrankenhilfe	59
4.2.1	Suchtkrankenhelfer	59
4.2.2	Sozialberater	60
4.2.3	Problematisierung	60
4.3	Verfügbarkeit von Alkohol	61
4.3.1	Einschränkung des Alkoholangebotes	61
4.3.2	Alkoholverbot	63
4.3.3	Problematisierung	64
4.4	Betriebs- und Dienstvereinbarung	65
4.4.1	Ziel	65
4.4.2	Inhaltliche Anforderungen	65
4.4.3	Problematisierung	66
5	ABLAUF EINES SUCHTPRÄVENTIONSPROGRAMMES	67
5.1	Primärprävention	67
5.1.1	Information und Aufklärung	68
5.1.2	Schulung und Weiterbildung von Vorgesetzten	68
5.2	Sekundärprävention	72
5.2.1	Erkennen des Problems und frühzeitiges Handeln	72
5.2.2	Konstruktiver Leidensdruck	75
5.2.3	Stufenplan	76

5.2.3.1	Das Konfrontationsgespräch	79
5.3	Tertiärprävention.....	81
5.3.1	Rehabilitation.....	82
5.3.2	Selbsthilfegruppen	83
6	BESONDERHEITEN DES ÖFFENTLICHEN DIENSTES.....	84
6.1	Alkoholverfehlungen von Beamten	85
6.2	Alkoholverfehlungen von Arbeitern und Angestellten des öffentlichen Dienstes.....	86
7	ZUSAMMENFASSUNG.....	88
TEIL III PILOTPROJEKT – ALKOHOLPRÄVENTION AN EINER UNIVERSITÄT		90
1	DIAGNOSE.....	93
1.1	Feldbeschreibung	93
1.2	Gründe und Ziele für eine betriebliche Suchtprävention	94
1.3	Bisherige Handhabung und erste Initiativen	94
1.4	Kontaktgespräche.....	95
1.5	Literaturrecherche.....	98
1.6	Besondere Organisationsmerkmale der Universität.....	102
1.6.1	Die akademische Selbstverwaltung.....	102
1.6.2	Fachbereiche und Institute	103
1.6.3	Organisationskultur der Universität.....	104
1.7	Rechtliche Voraussetzungen	106
1.7.1	Der dienstrechtliche Status der Professoren	106
1.7.2	Wissenschaftliche Mitarbeiter mit befristeten Arbeitsverträgen	107
1.8	Zur Analyse des Alkoholproblems an der Pilot–Universität.....	109
1.9	Fazit und Arbeitsthese	110
2	PLANUNG	113
2.1	Auftrag	113
2.3	Ansatzpunkte für ein Alkoholpräventionsprogramm.....	114
2.3.1	Der Arbeitskreis.....	114
2.3.2	Verfügbarkeit von Alkohol	117
2.3.2.1	Einschränkung des Alkoholangebotes	117
2.3.2.2	Alkoholverbot.....	117
2.4	Befragung zum Stand der betrieblichen Suchtkrankenhilfe an den deutschen Universitäten und Hochschulen.....	118

2.4.1	These und Zielsetzung der Befragung	120
2.4.2	Methodisches Vorgehen.....	120
2.4.3	Fragebogen Auswertung.....	123
3	AKTION	127
3.1	Fachbereichsrat.....	127
3.2	Schulung und Weiterbildung.....	127
3.2.1	Seminar für Mitarbeiter mit Personalführungsaufgaben	129
3.2.1.1	Wer sollte teilnehmen – wer hat teilgenommen?	130
3.2.1.2	Seminarinhalt	131
3.2.1.3	Seminarbewertung	132
3.2.1.4	Praxistransfer	134
3.2.2	Teilnahme von Professoren	139
3.2.3	Ausbildung von Suchtkrankenhelfern.....	140
3.3	Handlungskonzept für die Suchtprävention an der Universität	141
3.3.1	Ziel des Handlungskonzeptes	141
3.3.2	Arbeitskreis Gesundheitsförderung	142
3.3.3	Umsetzung des Handlungskonzeptes	142
3.3.4	Information und Aufklärung	142
3.3.5	Beseitigung von Ursachen, die zu Suchtverhalten Anlaß geben.....	142
3.3.6	Suchtkrankenhelfer	143
3.3.7	Schulungsmaßnahmen	143
3.3.8	Stufenplan zur Einleitung von Hilfemaßnahmen	143
3.3.8.1	Stufenplan für Mitarbeiter der Universität	144
3.3.8.2	Stufenplan für Professoren und Hochschuldozenten.....	147
4	AUSWERTUNG	150
4.1	Expertenbefragungen	150
4.2	Bewertung des Pilotprojektes	162
 TEIL IV ALKOHOLPRÄVENTION DURCH ORGANISATIONS- ENTWICKLUNG		 166
1	THEORETISCHER BEZUGSRahmen.....	166
1.1	Organisation Hochschule.....	166
1.2	Organisationsentwicklung	168
1.2.1	Ziele	171
1.2.2	Anthropologische Grundannahmen.....	173
2	ÜBERLEGUNGEN ZUM AUFBAU UND ABLAUF EINES ALKOHOLPRÄVENTIONS- PROGRAMMES FÜR UNIVERSITÄTEN UND HOCHSCHULEN	175

2.1	Initialphase.....	179
2.1.1	Initiativkreis.....	179
2.1.2	Mitwirkung eines Beraters	180
2.1.2.1	Klärung von Sach- und Beziehungsproblemen	181
2.1.2.2	Erfahrungsorientiertes Lernen.....	183
2.1.3	Ziele formulieren.....	185
2.2	Planungsphase	186
2.2.1	Auftrag.....	186
2.2.2	Arbeitskreis.....	187
2.2.3	Problemanalyse.....	190
2.3	Handlungsphase.....	191
2.3.1	Primärpräventive Maßnahmen	191
2.3.1.1	Öffentlichkeitsarbeit.....	191
2.3.1.2	Kooperationen.....	192
2.3.1.3	Schulungen	192
2.3.1.4	Mitarbeiterberatung	193
2.3.2	Sekundärpräventive Maßnahmen	195
2.3.2.1	Suchtberatung.....	195
2.3.2.2	Dienstvereinbarung	195
2.3.3	Tertiärpräventive Maßnahmen.....	196
2.4	Auswertungsphase	197
2.4.1	Evaluation	197
2.4.2	Veröffentlichung	198
	SCHLUßBEMERKUNG	199
	LITERATURVERZEICHNIS	202

Darstellungsverzeichnis

Darst. 1:	Einflußfaktoren für die Entstehung des Alkoholismus	18
Darst. 2:	Funktion des Alkohols	19
Darst. 3:	Erhöhtes Unfallrisiko durch Alkohol	20
Darst. 4:	Einfluß von Alkohol auf die Leistungsfähigkeit und Arbeitssicherheit	20
Darst. 5:	Die Häufigkeit von Krankheiten bei Alkoholmißbrauch	21
Darst. 6:	Verlaufsphasen nach JELLINEK	28
Darst. 7:	Verhaltensmuster von Mitarbeitern mit Alkoholproblemen	30
Darst. 8:	Das Drama–Dreieck	35
Darst. 9:	Anteile der Mehrtrinker (täglicher Alkoholkonsum)	39
Darst. 10:	Faktorenkomplex am Arbeitsplatz	43
Darst. 11:	Ablauf eines Suchtpräventionsprogrammes	67
Darst. 12:	Das Spannungsverhältnis des unmittelbaren Vorgesetzten	71
Darst. 13:	Verhaltensmuster von Alkoholgefährdeten und –abhängigen	72
Darst. 14:	Der konstruktive Leidensdruck	76
Darst. 15:	Therapie – Trichter	78
Darst. 16:	Leitfaden für das Konfrontationsgespräch	81
Darst.: 17	Forschungsdesign	96
Darst.: 19	Fragebogen zur Suchtprävention an deutschen Universitäten und Hochschulen	122
Darst. 20:	Information und Einladung zum Seminar	128
Darst. 21:	Seminarinhalte	132
Darst. 22:	Seminarbewertung	133
Darst. 23:	Fragenboge zum Praxistransfer	134
Darst. 24:	Das TZI – Modell	189
Darst. 25:	TZI Regeln für Gruppen	190

Abkürzungsverzeichnis

AA	Anonyme Alkoholiker
AK	Arbeitskreis Gesundheitsförderung
Aufl.	Auflage
BBG	Bundesbeamtengesetz
Bd.	Band
BDO	Bundesdisziplinarordnung
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
Darst.	Darstellung
d.h.	das heißt
DHS	Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren
EAP	Employee Assistance Program
ebd.	ebenda
erw.	erweiterte
etc.	et cetera
evtl.	eventuell
f.	folgende Seite
FB	Fachbereich
ff.	folgende Seiten
ggf.	gegebenenfalls
Hrsg.	Herausgeber
ICD–10	Internationale Klassifikation psychischer Störungen
inkl.	inklusive
Kap.	Kapitel
m. E.	meines Erachtens
NHG	Niedersächsisches Hochschulgesetz
NLP	Neurolinguistische Programmierung
Nr.	Nummer
OE	Organisationsentwicklung
Prof.	Professor
RVO	Reichsversicherungsordnung
S.	Seite
s.	siehe
s. o.	siehe oben
sog.	sogenannte (n)
SKH	Suchtkrankenhilfe
Tab.	Tabelle
TU	Technische Universität
TUB	Technische Universität Berlin
TUM	Technische Universität München
TZI	Themenzentrierte Interaktion
u.	und

u. a.	und andere
überarb.	überarbeitete
USA	Vereinigte Staaten von Amerika / United States of America
usw.	und so weiter
u. U.	unter Umständen
UVV	Unfallverhütungsvorschrift
vgl.	vergleiche
WHK	Wissenschaftliche Hilfskraft
WHO	Weltgesundheitsorganisation / World Health Organization
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil

Einleitung

Alkohol ist unsere Kulturodroge. Die meisten Bundesbürger können vernünftig mit alkoholischen Getränken umgehen und prägen durch ihre Einstellung das Gesamtverhalten. Das Selbstverständliche am Alkoholkonsum macht es so schwer, die Grenzen zwischen normalem Trinkverhalten, also dem gesellschaftlich üblichen, und mißbräuchlichem Umgang mit Alkohol zu ziehen, wobei neben den subjektiven Auswirkungen auf den Einzelnen auch die jeweiligen gesellschaftlichen Normen bestimmen, was als Mißbrauch bezeichnet wird. Die individuellen und gesellschaftlichen Folgen der Suchtmittelabhängigkeit sind allerdings enorm.

Mit einem Pro-Kopf-Konsum von 11,5 l reinem Alkohol liegt Deutschland in einem weltweitem Vergleich mit 50 ausgewählten Ländern an der Spitze (vgl. DHS 1995). Die jährlichen Ausgaben für alkoholische Getränke betragen ca. 40 Milliarden DM. Das Alkoholsteueraufkommen daraus beträgt 7 Milliarden DM (ebd.). Der aus dem Suchtmittelmißbrauch errechnete gesellschaftliche Gesamtschaden beziffert sich auf ca. 30 Milliarden DM (vg. DIETZE 1992). Nach Schätzung der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (1996) sind in Deutschland mehr als 2,5 Millionen Menschen behandlungsbedürftig alkoholkrank. Die Zahl derjenigen, die an den Folgen des Alkoholmißbrauchs jährlich sterben, wird auf 40.000 veranschlagt. Jeder fünfte Verkehrstote stirbt aufgrund eines alkoholisierten Unfallverursachers.

Die Suchtproblematik am Arbeitsplatz stellt einen wichtigen Teilaspekt der allgemeinen Drogenproblematik dar. Nach einer von der Bundesgesundheitszentrale für gesundheitliche Aufklärung herausgegebenen Studie 'Alkohol in der Arbeitswelt' tranken 1986 8% der Beschäftigten täglich Alkohol am Arbeitsplatz, 16% regelmäßig einmal oder mehrmals im Monat. Nach Schätzung der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren von 1990 sind mindestens 5% der Beschäftigten alkoholkrank. Weitere 10% gelten als alkoholgefährdet. Besonders auf den Arbeitsplatz bezogen sind vermehrte Arbeitsunfälle, erhöhte Fehlzeiten, Abnahme der Arbeitsqualität, der Leistung, Verschlechterung des Betriebsklimas zu nennen. Schätzungen gehen davon aus, daß bei 30% aller Betriebsunfälle Alkohol im Spiel war (vgl. DHS 1990). Gesamtgesellschaftlich ist Alkohol das bedeutendste Suchtmittel.

Wie SCHULZ (1992) in einer Befragung an deutschen Universitäten feststellte, haben sich 50 % der befragten Universitäten noch nie mit dem Thema Suchtprävention beschäftigt. Nur an 10 Universitäten gab es eine Dienstvereinbarung, die den Umgang mit alkoholkranken Mitarbeitern regelt. Eine neuere Befragung anlässlich der 3. Arbeitstagung „Betriebliche

Suchtkrankenhilfe an den bundesdeutschen Universitäten und Hochschulen" (SCHUMANN 1994) stellt die Existenz von 18 Dienstvereinbarungen fest. Auch das zunehmende Interesse an dieser Arbeitstagung läßt auf ein allgemein steigendes Bewußtsein für das Problem schließen. Es gibt keine veröffentlichten Schätzungen über den Umfang des Suchtproblems an Universitäten. An den Hochschulen tätige Fachleute gehen davon aus, daß ca. 3 – 5 % der Mitarbeiter alkoholkrank und mindestens 10 % alkoholgefährdet sind. Die Arbeitsbedingungen an Universitäten weisen etliche Aspekte auf, die süchtiges Verhalten begünstigen.

Das Vorhaben, alkoholpräventive Maßnahmen für eine Universität zu entwickeln und zu implementieren, wurde als Pilotprojekt ausgewiesen. Die fachlichen Voraussetzungen für diese Aufgabe erwarb ich durch mehrjährige Suchtberatertätigkeit im stationären und ambulanten Bereich und für verschiedene Betriebe. Meine anfängliche Vorstellung, die innovativen Ressourcen der Universität zu nutzen, um ein in Betrieben und Verwaltungen bewährtes Alkoholpräventionsprogramm zügig zu implementieren und dann in Richtung Gesundheitsförderung weiterzuentwickeln, ließ sich nicht realisieren. Wie in anderen Betrieben auch, gab es nur bei ganz wenigen Personen an der Universität eine Vorstellung darüber, was im Falle des Alkoholproblems präventive Maßnahmen sind. Aus persönlicher oder administrativer Betroffenheit heraus hatten die Initiatoren an der Pilot-Universität den Wunsch nach einem Konzept, das im Umgang mit auffällig gewordenen Mitarbeitern Handlungssicherheit vermittelt. Aufklärung und Information, wie sich das Problem Alkoholismus darstellt und welche Möglichkeiten, aber auch welche Probleme ein Alkoholpräventionsprogramm hat, standen am Anfang des Prozesses.

Handlungsleitend war die Frage, wie ein wirksames Alkoholpräventionsprogramm für die Pilot-Universität auszusehen hätte? Aus den im Rahmen des Pilotprojektes durchgeführten Recherchen ergaben sich weitere Fragen, die sich in folgender Arbeitsthese zusammenfassen ließen: Hochschulen und Universitäten unterscheiden sich so gravierend von anderen Betrieben und Verwaltungen durch einige Besonderheiten, wie z.B. die Arbeitsbedingungen, die Organisationsstruktur und den Rechtsstatus der Professoren, daß sich dort bewährte Programme nicht ohne weiteres auf den Arbeitsplatz Universität übertragen lassen.

In der vorliegenden Arbeit wird exemplarisch an der Suchterkrankung Alkoholismus dargestellt, welche Möglichkeiten, aber auch welche Grenzen des hilfreichen Handelns am Arbeitsplatz allgemein und am Arbeitsplatz Universität insbesondere gegeben sind. Die Arbeit ist in vier Hauptteile gegliedert, die Gegenstand und Prozeß nachvollziehbar beschreiben sollen. Im Teil I wird ausgehend von der Ätiologie und der Pathogenese die Funktion und Bedeutung der Droge Alkohol in der Gesellschaft beschrieben und der

Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und Konsumverhalten dargestellt. Darauf folgend wird erörtert, welche Auswirkungen das Mißbrauchsverhalten für den Betrieb (Vorgesetzte, Kollegen etc.) und den Betroffenen selbst hat. Die Vorstellung eines Modells betrieblicher Alkoholprävention schließt sich im Teil II an. Aufbau und Ablauf eines Suchtpräventionsprogrammes werden dargestellt. Als Merkmal im Hinblick auf den Arbeitsplatz Hochschule wird auf die Besonderheiten des öffentlichen Dienstes hingewiesen. Die Implementierung eines Alkoholpräventionsprogrammes an der Pilot-Universität wird im Teil III beschrieben. Dieses Pilotprojekt wurde mit den Methoden der Aktionsforschung begleitet und ausgewertet. Unter Berücksichtigung erster Ergebnisse des Forschungsprozesses wird ein Handlungskonzept für die Alkoholprävention an der Pilotprojekt-Universität formuliert. Die Auswertung des Pilotprojektes ergab, daß auch dieses modifizierte Handlungskonzept für die besondere Organisationsstruktur und Organisationskultur der Universitäten und Hochschulen nicht geeignet genug ist. Im letzten Teil wird daher der Versuch unternommen, ein Konzept zu entwerfen, das sich an der Organisationsentwicklung orientiert. Dieser Teil der Arbeit ist als Anregung zu verstehen, die betriebliche Alkoholprävention an Universitäten und Hochschulen aus einer anderen Perspektive zu betrachten.

Aus Gründen des Datenschutzes können Personen betreffende Aspekte des Forschungsprozesses in der vorliegenden Arbeit nicht dokumentiert werden. In einer ersten Fassung, die jedoch nicht akzeptiert wurde, hatte ich Aussagen und Verhalten einiger Funktionsträger, wie ich denke distanziert und respektvoll dokumentiert. Es ging mir nicht darum konkrete Personen zu „outen“, sondern einen Prozeß phänomenologisch und möglichst lebendig zu beschreiben, sowie aufzuzeigen wie sich Funktionsträger trotz eigener besser Einsichten, systemimmanent verhalten.

Um verwirrende Konstruktionen zu vermeiden, wurde überwiegend die männliche Form gewählt; sie steht sowohl für die weibliche als auch die männliche Form der Begriffe.

TEIL I Grundlagen zur Beurteilung des Alkoholismus

In dem ersten Teil der Arbeit nach einer Begriffsklärung aufgezeigt, daß Alkoholismus eine Sucht ist und die Übergänge vom Alkoholgebrauch hin zur Alkoholabhängigkeit fließend sind. Zu klären ist, welche Bedingungsfaktoren für die Suchtentwicklung von Bedeutung sind und wie co-abhängiges Verhalten zu beurteilen ist. Die Frage nach der gesellschaftlichen Bedeutung des Alkohols schließt sich an. Es wird auf konsumfördernde und konsumhemmende Arbeitsbedingungen hingewiesen. Die Auswirkungen des Alkoholismus und die gesetzliche Anerkennung als Krankheit wird unter besonderer Berücksichtigung der Bedeutung für die Betroffenen zum Abschluß dieses Kapitels erörtert.

1 Begriffsklärung

Zu den für den ersten Teil diese Arbeit bedeutenden Begriffen Sucht, Abhängigkeit, Alkoholgebrauch und Alkoholmißbrauch, Alkoholsucht und Alkoholabhängigkeit, Alkoholismus, Co-Alkoholismus finden sich in der Fachliteratur eine Vielzahl von Definitionen. Alle Begriffe unterliegen überdies einem umgangssprachlichen Verständnis, was die verwirrende Vielfalt komplettiert. Einen Grund für diese Vielfalt sieht STIMMER (1978) darin, daß sich verschiedene Wissenschaften und innerhalb dieser wieder viele unterschiedliche Richtungen mit demselben Problem beschäftigen. Für diese Arbeit werden die wichtigsten Begriffe unter der einschränkenden Perspektive ihrer Bedeutung für das Verständnis der Alkoholprävention an Hochschulen operationalisiert.

1.2 Die Sucht

Das Wort Sucht leitet sich etymologisch von dem germanischen Wort siech ab und weist auf Siechtum und Krankheit hin. Begriffe wie Gelbsucht oder Schwindsucht bezeugen diese Herkunft. Sehnsucht und Habsucht sind Begriffe, die auf weitere Bedeutungen hinweisen. Umgangssprachlich hat sich das Wort Sucht etabliert, ist aber wissenschaftlich m. E. zu unscharf. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt sogar im Zusammenhang mit der Einnahme von Drogen ganz auf den Begriff zu verzichten und von Abhängigkeit zu sprechen. Auch in der neueren Suchtforschung wird der Suchtbegriff meist durch den Begriff Abhängigkeit ersetzt (s. FEUERLEIN 1989, S. 5). Wegen seiner umgangssprachlichen Bedeutung werde ich im Rahmen dieser Arbeit jedoch nicht ganz auf den Begriff Sucht verzichten. Grundsätzlich wird zwischen stoffgebundenen

(z.B. Alkohol) und nicht-stoffgebundenen Süchten (z.B. Eßsucht, Spielsucht, Arbeitssucht) unterschieden.

1.3 Alkoholgebrauch und Alkoholmißbrauch

Unter Alkoholgebrauch wird in der Gesellschaft der als „normal“ anerkannte Alkoholkonsum verstanden. Unter Alkoholmißbrauch ist ein gegenüber den jeweiligen soziokulturellen Normen überhöhter Konsum zu verstehen, der auf Wirkung abzielt. Der Alkoholgebrauch ist Voraussetzung für den Mißbrauch und die Abhängigkeit. Nur wer keinen Alkohol trinkt, kann ganz sicher sein, daß er nicht alkoholkrank wird. Die Grenzen zwischen Alkoholgebrauch und Alkoholmißbrauch sind fließend. Wird immer mehr Alkohol benötigt, um eine bewußte oder unbewußte Wirkung zu erzielen, setzt eine Entwicklung vom Gebrauch zum Mißbrauch ein. Begünstigt wird diese Entwicklung, wenn die Wirkung als angenehm empfunden wird und andere Wege zur Erreichung einer ähnlichen Wirkung nicht zur Verfügung stehen, oder wenn die Anreize zum Trinken von außen groß sind und die körperlichen, sozialen und psychischen Risiken verdrängt oder verharmlost werden (vgl. SCHNEIDER 1989, S. 46). Wenn durch den Konsum von Alkohol andere Menschen in ihrer Befindlichkeit beeinträchtigt oder zwischenmenschliche Beziehungen zerstört werden, oder wenn es durch die Alkoholwirkung zu vorübergehenden, deutlich sichtbaren Veränderungen der psychischen und / oder physischen Funktionen des Konsumenten kommt (vgl. FEUERLEIN 1979, S.3), ist die Grenze zum Mißbrauch überschritten. Der LANDESVERBAND DER BETRIEBSKRANKENKASSEN in NORDRHEIN-WESTFALEN (1991) schlägt Merkmale zur Kennzeichnung des mißbräuchlichen Alkoholkonsums vor:

- ungeeignete Personen (Kinder, Schwangere),
- ungeeignete Menge,
- ungeeignete Zeit,
- ungeeigneter Ort.

Der Alkoholmißbrauch muß nicht zwangsläufig zur Abhängigkeit führen, doch das Mißbrauchsverhalten ist eine Gefährdung, die häufig eine Vorstufe zur Abhängigkeitserkrankung darstellt.

1.4 Alkoholsucht, Alkoholabhängigkeit und Alkoholismus

Wie schon oben erwähnt, ist Sucht ein wissenschaftlich zu ungenauer und überholter Begriff. Das gilt auch für den Begriff Alkoholsucht. Deshalb wird in folgendem überwiegend mit dem Begriff Alkoholabhängigkeit operiert. Alkoholismus ist die gängige Bezeichnung für die Alkoholabhängigkeit. Die Abhängigkeit wird differenziert in psychische und körperliche Abhän-

gigkeit. Psychische Abhängigkeit ist das unwiderstehliche seelische Verlangen nach einer weiteren oder dauernden Einnahme der Droge, um Lust zu erzeugen oder Mißbehagen zu vermeiden. Körperliche Abhängigkeit ist der Einbau der Droge in den Organismus durch Stoffwechsellanpassung. Körperliche Abhängigkeit ist durch das Auftreten von Entzugserscheinungen (Symptomen, die nach längerem Gebrauch und nachfolgendem plötzlichen Absetzen auftreten) und von Toleranz (um die gleiche Wirkung zu erzielen, wird bei längerem Gebrauch eine steigende Dosis erforderlich) gekennzeichnet. Vom Alkohol abhängig ist also jeder, der die Einnahme des Alkohols nicht beenden kann, ohne daß unangenehme Zustände körperlicher oder seelischer Art auftreten, oder derjenige, der immer wieder so viel trinkt, daß er sich und andere psychisch, somatisch und sozial schädigt (s. SCHNEIDER 1989, S. 71).

Die psychische Abhängigkeit wird heute als Kern der Abhängigkeit vom Alkohol gesehen, da die gefühlsmäßige Bindung an den Alkohol weitaus länger als die körperliche Abhängigkeit anhält. Die körperliche Entwöhnung läßt sich meist in ein bis drei Wochen erreichen, hingegen dauert die psychische im allgemeinen mehrere Jahre (s. SCHNEIDER 1989, S. 75).

Um die bestehenden Zusammenhänge der Begriffe noch einmal zu verdeutlichen, fasse ich zusammen: Beim Alkoholgebrauch handelt es sich um den gesellschaftlich anerkannten „normalen“ Alkoholkonsum. Alkoholmißbrauch ist der übermäßige Konsum von Alkohol, der in die Alkoholabhängigkeit führen kann. Kennzeichen einer Alkoholabhängigkeit sind die körperliche und die psychische Abhängigkeit vom Alkohol. Die Alkoholabhängigkeit ist als Krankheit anerkannt. Die gängige Bezeichnung für die Alkoholabhängigkeit ist Alkoholismus.

1.6 Co–Alkoholismus

Der Begriff des Co–Alkoholismus bezeichnet ein Verhalten von Personen im Umfeld eines Alkoholabhängigen, das dessen Entwicklung nicht bessert, sondern im Gegenteil stabilisiert und verlängert. In der betrieblichen Suchtprävention wird meist von der Co–Abhängigkeit gesprochen, einer direkten Übersetzung von Co–Dependency. Mit dem wachsenden Einfluß ganzheitlicher und systemischer Betrachtungsweisen hat sich das Verständnis von der Bedeutung des Co–Verhaltens weiterentwickelt. Co–Abhängigkeit kann danach eine eigenständige Verhaltens– oder Persönlichkeitsstörung sein (s. DIETZE 1992, S.37). In diesem Zusammenhang wird Alkoholismus als soziale Erkrankung gesehen. Für die betriebliche Alkoholprävention ist dieser Aspekt von immanenter Bedeutung. Später wird daher auf die Co–Abhängigkeit noch ausführlicher eingegangen.

2 Suchtentwicklung

„Was Alkoholismus wirklich ist, ist nach wie vor offen“, stellt ANTONS (1976, S. 13) fest. Damit ist auch für 20 Jahre danach der Stand der wissenschaftlichen Alkoholismusforschung erfaßt. „Es gibt weder eine einheitliche Definition des Forschungsgegenstandes Alkoholismus noch eine objektive, empirisch abgesicherte, umfassende Untersuchungsanalyse“ (SCHWARZKOPF 1991, S. 22). Von den meisten Experten, Praktikern wie Theoretikern, wird Alkoholismus als eine „... Krankheit oder ein Verhaltensmuster mit multipler Genese ...“ (ANTONS 1975, S. 5) gesehen. Es wurde schon darauf hingewiesen, daß sich aufgrund der unterschiedlichen theoretischen Standorte verschiedene Ansätze über eine Entstehungstheorie des Alkoholismus herausgebildet haben. Für diese Arbeit ist eine ausführliche Darlegung dieser Ansätze nicht relevant.¹

Im Rahmen der betrieblichen Alkoholprävention ist der formaljuristische Krankheitsbegriff², auf den später noch eingegangen wird, von Bedeutung, der sich auf die sozialmedizinische Definition stützt. Alkoholkrank ist, „... wer über längere Zeit übermäßig viel Alkohol getrunken hat, so daß er nicht mehr ohne weiteres darauf verzichten kann, oder wer die Kontrolle über seinen Alkoholkonsum häufig oder gar regelmäßig verliert ...“ (FEUERLEIN 1982, S. 1) und dadurch sich und andere psychisch und sozial schädigt. Im medizinischen Sinne kann die Krankheit Alkoholismus nicht geheilt werden, sondern nur zum Stillstand gebracht werden. In der Therapie wird folglich davon ausgegangen, daß eine absolute Alkoholabstinenz auch nach Beendigung der Behandlung einzuhalten ist. In neuerer Zeit werden Behandlungsmethoden besonders unter Praktikern diskutiert, die nicht mehr von dem totalen Abstinenzgebot ausgehen. In den USA haben sich besonders die Transaktionsanalytiker mit diesem Thema auseinandergesetzt.³

Die Krankheit entwickelt sich – wenn auch nicht zwangsläufig – vom Alkoholgebrauch über den gelegentlichen Mißbrauch zum regelmäßigen Mißbrauch hin zur Abhängigkeit. Die Übergänge sind fließend. Diese Tatsache ist für die Alkoholprävention von besonderer Bedeutung. Bei der Entwicklung eines Alkoholpräventionsprogrammes muß berücksichtigt werden, daß die handelnden Personen (Vorgesetzte, Personalräte und Kollegen) keine Fachleute sind und sie die Übergänge vom gelegentlichen

¹ Eine zusammenfassende Darstellung dieser Diskussion geben ANTONS / SCHULZ (1976, S. 231–254).

² Nach einem Urteil des Bundessozialgerichtes vom 18. Juli 1968 ist Alkoholabhängigkeit als Krankheit im Sinne der Reichsversicherungsordnung (RVO) anerkannt.

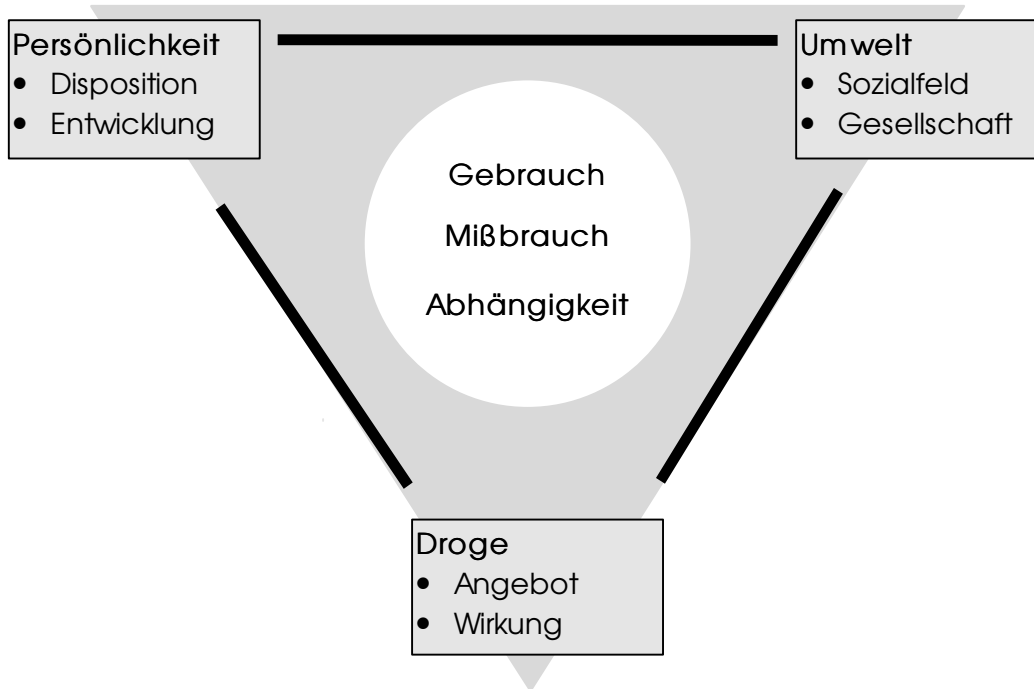
³ Näheres dazu in Steiner, C., 1982. Ebenso die in den letzten Jahren besonders populär gewordene Neurolinguistische Programmierung diskutiert eine Rückkehr zum möglichen „Normalkonsum“, wenn der in der Abhängigkeit liegende subjektive Gewinn aufgelöst wird.

Mißbrauch, der noch als „normal“ empfunden wird, zum regelmäßigen Mißbrauch hin zur Abhängigkeit kaum wahrnehmen. Erschwerend kommt hinzu, daß die Zeitdauer zwischen dem Beginn regelmäßigen Alkoholmißbrauchs und der endgültigen Abhängigkeit individuell sehr unterschiedlich ist. Allgemein werden bei Männern zwölf bis fünfzehn Jahre, bei Frauen acht bis zehn Jahre und bei Jugendlichen zwischen sechs bis vierundzwanzig Monate angenommen.

M. E. sind durch ein multikonditionales Entstehungsmodell die wesentlichsten Aspekte für die Entwicklung des Alkoholismus am besten zu erfassen. Statt mit einem eindimensionalen Ursachenkonzept die Entstehung von Suchtproblemen zu erklären, wird von einem Risikofaktorenkonzept ausgegangen. Eine Vielzahl von Faktoren nehmen Einfluß auf die Entwicklung der Sucht und spielen eine fördernde oder hemmende Rolle. ATHEN / SCHUSTER (s. 1989, S. 27) sprechen von einer multifaktorellen Entstehung und verstehen darunter ein Zusammentreffen zahlreicher ungünstiger Umstände und Bedingungen, die die Entwicklung der Alkoholabhängigkeit begünstigen. FEUERLEIN (s. 1989, S. 13) betont außerdem die Interaktion zwischen den einzelnen Faktorengruppen. Der Nachteil des Risikofaktorenkonzeptes besteht darin, daß die Bedeutung eines einzelnen Faktors oder einer Faktorengruppe wissenschaftlich nicht festzulegen ist. ATHENS / SCHULSTER (s. 1989, S. 27) konzentrieren sich bei der multifaktoriellen Entstehung des Alkoholismus auf die drei Haupteinflußfaktoren Droge, Individuum und Sozialfeld.¹

¹ Ebenso FEUERLEIN, 1989 S. 12 und FEUERLEIN / DITTMER 1982, S. 30 f. Eine ähnliche Einteilung, die „Trias der Entstehungsbedingungen der Drogenabhängigkeit“ nach KIELHOLZ und LADEWIG, findet sich bei STIMMER 1978, S. 40.

Darst. 1: Einflußfaktoren für die Entstehung des Alkoholismus



Quelle: Nach ATHEN / SCHUSTER 1989, S. 27

Die Graphik zeigt, daß Angebot und Wirkung des Alkohols, Disposition und Entwicklung des Individuums sowie die Einflüsse des Sozialfeldes den Gebrauch von Alkohol bis hin zum Alkoholismus determinieren. Im folgenden wird auf die einzelnen Einflußfaktoren eingegangen, sofern sie nicht schon erörtert wurden.

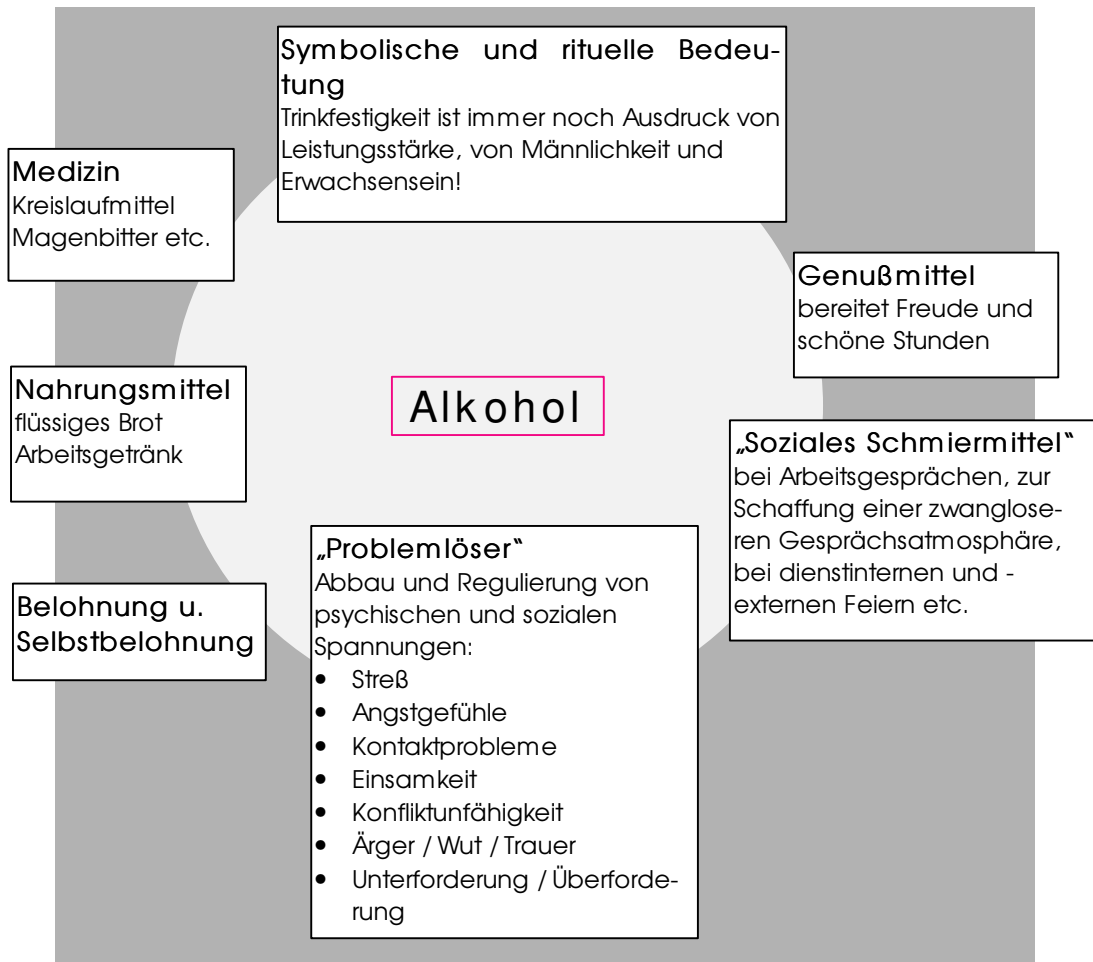
2.1 Die Droge Alkohol

Alkohol ist unsere „Kulturdroge“ und praktisch an jedem Ort und zu jeder Zeit verfügbar. Alkohol wird als legale Droge bezeichnet, weil der Gebrauch gesetzlich erlaubt ist. Alkohol hat aufgrund seiner enthemmenden, entspannenden, angstmindernden und sedierenden Wirkung ein beachtliches Mißbrauchs- und Abhängigkeitspotential (s. SCHMIDT 1988, S. 52). Die Einstufung des Alkohols als Droge beruht auf folgenden Wirkungen:

- er erzeugt psychisch Abhängigkeit,
- steigert die (Alkohol-) Toleranz,
- erzeugt eine körperliche Abhängigkeit,
- führt zu zeitlich begrenzten Veränderungen des Befindens
- und er verändert die Grundstimmung (vgl. HEXEL / LÖFFERT 1983, S. 20).

Der Droge Alkohol werden entsprechend seiner toxischen Wirkung und seiner sozialen Bedeutung verschiedene Funktionen zugeschrieben. Die folgende graphische Darstellung gibt einen Überblick:

Darst. 2: Funktion des Alkohols



Quelle: vgl. LIEBMANN u. a. 1988, S. 64

Der Grund für den Gebrauch der Droge Alkohol ist seine positive Wirkung. Durch die ersten positiven Erfahrungen erhält er eine Funktion und Bedeutung im Leben eines Menschen. In unserer Gesellschaft gibt es kaum noch Situationen und Anlässe, die nicht einen Grund bieten, Alkohol zu trinken. Dabei wird selbstverständlich erwartet, daß die anderen mittrinken. Trinkt jemand nicht mit, gerät er häufig in einen Rechtfertigungszwang.

Beim fließenden Übergang vom Gebrauch zum Mißbrauch hin zur Abhängigkeit kann die Funktion und Bedeutung, die der Alkohol für einen Menschen hat, den Grad der Abhängigkeit markieren: In dem Maße, wie ein

Mensch positive Erfahrungen nur noch mit und durch Alkohol macht, wächst die Abhängigkeit von dieser Droge. Denn die Wirkung des Alkohols ist kurzfristig stimmungsverändernd, verhaltensverändernd und bewußtseinsverändernd, langfristig jedoch gesundheitsschädigend und persönlichkeitsverändernd (vgl. LIEBMANN u. a. 1988, S. 67)

Der hohe Stellenwert, den der Alkohol im gesellschaftlichen Leben hat, kommt auch am Arbeitsplatz zum Tragen. Gelegentlicher bis ständiger Alkoholkonsum ist ein fester Bestandteil des betrieblichen Alltags. Für viele Arbeitnehmer ist es ganz selbstverständlich, auch während der Arbeitszeit Alkohol zu trinken. Ein Erfahrungsaustausch über die betrieblichen Trinkanlässe mit Teilnehmern von Fortbildungsveranstaltungen führt regelmäßig zum Erstaunen der Teilnehmer über Umfang und Bedeutung dieser Anlässe an ihrem Arbeitsplatz. Denn in der Regel gibt es bedeutend mehr Trinkanlässe, als dem Einzelnen bewußt ist.

Besonders am Arbeitsplatz ist durch die leistungsmindernde Wirkung des Alkohols gleichzeitig ein erhöhtes Unfallrisiko verbunden.

Darst. 3: Erhöhtes Unfallrisiko durch Alkohol

Bei einem Blutalkoholspiegel von:	ist die Wahrscheinlichkeit, einen Unfall zu verursachen:
0,6 ‰ / ‰	2 x so groß
0,8 ‰ / ‰	4 x so groß
1,0 ‰ / ‰	6 x so groß
1,3 ‰ / ‰	12 x so groß
1,5 ‰ / ‰	25 x so groß

Quelle: LIEBMANN u. a. 1988 , S. 87

Darst. 4: Einfluß von Alkohol auf die Leistungsfähigkeit und Arbeitssicherheit

ab 0,2 ‰	steigt die Risikobereitschaft
ab 0,3 ‰	lassen Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit nach
ab 0,5 ‰	werden Wahrnehmungs- und Reaktionsfähigkeit beeinträchtigt
ab 0,8 ‰	läßt die Reaktionsfähigkeit erheblich nach.

Quelle: LIEBMANN u. a. 1988, S. 90

Diese Zahlen veranschaulichen, daß sich aufgrund der leistungsmindernden Wirkung und dem zunehmenden Unfallrisiko der Konsum von Alkohol während der Arbeit eigentlich von selbst ausschließt. Bedauerlicherweise

wird dem subjektiven Empfinden von Leistungssteigerung häufig mehr Bedeutung beigemessen als den nachweisbaren und meßbaren Fakten.

Alkoholkonsum führt nicht nur über selbst verursachte Unfälle zu körperlichen Schäden, sondern durch die für den Organismus schädliche Wirkung der Droge. Die Zahl der körperlichen Erkrankungen, die allein oder im Zusammenhang mit anderen Ursachen auf den Alkoholmißbrauch zurückzuführen sind, hat sich im Laufe der letzten Jahrzehnte erheblich vergrößert. Dazu führt FEUERLEIN (1984, S. 104) aus: „Es gibt kaum ein Organsystem, an dem nicht neue Befunde, Syndrome oder Krankheiten gefunden worden sind, die mit dem Alkoholmißbrauch ursächlich in Verbindung gebracht wurden oder bei denen nicht bei altbekannten Krankheiten der Alkoholmißbrauch als alleinige oder partielle Ursache wahrscheinlich gemacht wurde.“ Eine Übersicht über die Häufigkeit der wichtigsten Krankheiten bei Alkoholmißbrauch gibt folgende Tabelle:

Darst. 5: Die Häufigkeit von Krankheiten bei Alkoholmißbrauch

Krankheiten	Männer		Frauen	
	n = 736	%	n = 135	%
Fettleber	351	47,7	37	27,4
Chronische obstruktive Lungenkrank.	89	12,1	8	5,9
Traumen (Gesamtzahl)	88	11,4	10	7,4
Bluthochdruck	64	8,7	9	6,7
Mangelernährung	57	7,7	12	8,9
Anämie	31	4,2	18	13,3
Gastritis	45	6,1	4	3,0
Knochenbrüche	42	5,7	5	3,7
Hiatushernie	33	5,7	8	5,9
Periphere Neuritis	34	4,6	3	2,2
Leberzirrhose	32	4,4	4	3,0
Magen–Darm–Geschwüre	30	4,1	5	3,7
Chronische Hirnschäden	27	3,7	4	3,0
Fettsucht	23	3,1	8	5,9
Kardiomykopathie	20	2,7	6	4,4
Ischämische Herzkrankheiten	23	3,1	0	0,0
Lungenentzündung	19	2,6	3	2,2
Gastrointestinale Blutung	17	2,3	3	2,2
Epileptische Anfälle	19	2,6	1	0,7
Diabetes	18	2,4	1	0,7
Harnwegsinfekt	12	1,6	4	3,0
Akutes Hirnsyndrom	12	1,6	1	0,7
Pankreatitis	6	0,8	1	0,7

Quelle:FEUERLEIN1984,S.105

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Droge Alkohol bei maßvollem Konsum eine positive Wirkung für das Befinden des Menschen hat. Problematisch ist, daß in jedem Gebrauch auch die potentielle Möglichkeit zur Abhängigkeit liegt. Nur wer die Funktionen der Droge dauerhaft kontrolliert, kommt in den Genuß seiner positiven Wirkung. Am Arbeitsplatz ist auch der normale Konsum aufgrund der leistungsmindernden Wirkung des Alkohols nicht sinnvoll. Der Mißbrauch von Alkohol führt zu unkalkulierbaren Unfallrisiken und fördert organische Erkrankungen. Der betroffene Mensch schädigt sich selbst. Für den Arbeitgeber sind das Kosten.

2.2 Persönlichkeit

Die häufig gestellte Frage, wer Alkoholiker wird und wer nicht, läßt sich nicht beantworten. Es gibt lediglich eine Reihe von wissenschaftlichen Konzepten zur Analyse und Beschreibung alkoholismusfördernder Faktoren. Die wesentlichen physiologischen und psychologischen Faktoren sollen hier in gebotener Kürze zusammengefaßt dargelegt werden.

2.2.1 Physiologische Faktoren

Da nur ein Teil der Alkoholkonsumenten alkoholabhängig wird, ist davon auszugehen, daß die wesentlichen Faktoren für die Suchtentstehung im Individuum selbst liegen. Um genauere Erkenntnisse zu erlangen, werden neben Familienstudien zwei weitere Methoden eingesetzt: die Zwillingsmethode (eineiige werden mit zweieiigen Zwillingen verglichen) und die Adoptionsmethode (die Verwandten der biologischen Familie werden mit denen der Adoptivfamilie verglichen). Neuere Forschungsergebnisse zeigen den bedeutenden Einfluß erblich gesteuerter Dispositionen auf alkoholbezogene Stoffwechselforgänge und Reaktionen. Das heißt, es besteht durchaus eine genetisch bedingte Prädisposition für die Alkoholkrankheit (vgl. SCHMIDT 1988, S. 16). Nach FEUERLEIN (s. 1989, S. 47) ist eine direkte Vererbung des Alkoholismus als einheitliches Merkmal weder erwiesen noch wahrscheinlich. Trotzdem scheint die erbliche Disposition für die Krankheitsentwicklung eine wichtige Rolle zu spielen. Das macht eine genauere Abgrenzung zu z.B. sozialen Einflüssen oder den Belastungen am Arbeitsplatz schwierig.

Neuere Ergebnisse der Biochemie lassen darauf schließen, daß Kondensationsprodukte des Alkohols opiatähnliche Strukturen aufweisen, die für die abhängigkeitsbildende Wirkung verantwortliche sind (vgl. FEUERLEIN 1989, S. 72 f). Wohlbefinden auf der einen, Frustration und Unbehagen auf der anderen Seite werden im sogenannten Lymbischen System des Hirnstammes reguliert. Eine wichtige Rolle spielen die Neurotransmitter. Wenn sich die Stimmung ändert, die emotionale Verfassung umschlägt, etwa von ängstlich in locker, von gestreßt in entspannt, so sind die Botenstoffe Dopamin, Noradrenalin, Gamma-Aminobuttersäure beteiligt. Dazu

kommen körpereigene Morphine, die sogenannten Endorphine. Sie wirken entspannend, bauen Streß und Angst ab. Schließlich wirken noch die Ab- und Umbauprodukte der Neurotransmitter, die sogenannten Terahydro-Quinoline und Terahydro-Beta-Carboline. Gutes Essen, Trinken, angenehme Musik, Sexualität regen das Belohnungssystem an. Substanzen mit Abhängigkeitspotential wirken indirekt oder direkt aktivierend auf das Belohnungssystem. Und genau das tut auch der Alkohol. Mäßiger Konsum sorgt dafür, daß der Spiegel der Substanzen, die für Wohlbefinden sorgen, im Blut steigt. Große Mengen Alkohol oder chronischer Mißbrauch führen dazu, daß die Aktivität des Systems wieder abnimmt – Mißempfindungen sind die Folge. Diese Gegenreaktion ist im Gehirn eingebaut, damit der Körper von seinen eigenen Drogen nicht abhängig wird. Es wird angenommen, daß Nervenzellgruppen in der Großhirnrinde, die das Wohlbefindlichkeitssystem regulieren, in ihrer Funktion durch den Alkohol so beeinträchtigt wurden, daß diese Regulation nicht mehr funktioniert (vgl. FEUERLEIN 1989, S. 27). Zellen, Zellmembranen und Stoffwechselwege müssen mit dem ständig gegenwärtigen Ethanol auskommen. Der Körper des Alkoholikers, so die These, hat diese Anpassung so weit getrieben, daß ab einem gewissen Punkt an manchen Stellen ohne Alkohol dann nichts mehr läuft. Die Veränderungen sind dann auf molekularer Ebene im Bereich der Rezeptormoleküle für den Botenstoff Dopamin so fixiert, daß es nicht mehr rückgängig zu machen ist.

2.2.2 Psychologische Faktoren

Psychoanalytische Theorien gehen davon aus, daß der Ausbildung der Sucht eine durch mangelhafte Objektbeziehung und Frustration in der Kindheit entwickelte prämorbid Persönlichkeitsstruktur zugrunde liegt, die durch prädisponierende infantile Fixierungen in verschiedenen Erlebnisbereichen gekennzeichnet ist (vgl. SCHMIDT 1988, S. 16). Für die Psychoanalytiker ist nicht der Alkohol das Entscheidende bei der Suchtentstehung, sondern die Persönlichkeitsstruktur des Alkoholikers. Suchtkranke sind nicht in der Lage, ihre Bedürfnisse und Triebwünsche angemessen zu befriedigen. Sie verhalten sich regressiv, um Spannungen abzubauen. Eine prämorbid, zur Alkoholkrankheit prädisponierte Persönlichkeitsstruktur konnte bisher jedoch nicht gefunden werden. In neueren Darstellungen der psychoanalytischen Theorien wird die 'narzißtische Persönlichkeitsstörung' als typische Grundstörung bei Suchterkrankungen gesehen (vgl. STIMMER 1978, S. 43).

Für den Sozialmediziner DÖRNER ist die Fähigkeit abhängig zu sein, eigentlich eine Voraussetzung für das Überleben. Sie ist als grundsätzlich menschliche Haltung zu begreifen. „Sucht und Abhängigkeit hängen zusammen mit Rausch, Trunkenheit, Ekstase, Exzeß; also mit Zuständen, in denen die Menschen die Grenzen ihres alltäglichen, sozialen, normalen, erlaubten Lebens sprengen: körperlich, seelisch und sozial“ (DÖR-

NER/PLOG 1978, S. 176). Hierin kommt die Sehn–Sucht des Menschen zum Ausdruck, sich auszudehnen¹, sich zu lösen, sich selbst zu verwirklichen. Dagegen steht die statische Kraft, die Sehn–Sucht nach Sicherheit, Geborgenheit, Symbiose: Abhängigkeit. Das Dilemma der menschlichen Sehnsucht liegt wohl in der „... Gleichzeitigkeit von Unabhängigkeit und Abhängigkeit, Erwachsensein und Kindsein, Selbsteinengung und Selbstausweitung, Selbstbestimmung und Selbsthingabe, Selbstverwirklichung und Selbstvergessenheit. So steckt wohl auch in der Abhängigkeit von Patienten gleichzeitig ein Lustgewinn (ich bin frei) und ein Wunsch nach Unauffälligkeit, Anpassung, Sicherheit, Abhängigkeit“ (ebd. S. 176). In dem Streben nach dem Absoluten versucht der Mensch, seine Grenzen zu überschreiten, zu transzendieren. DÖRNER meint, wenn er dieses Streben nicht aufgeben, sich nicht selbst beschränken, die Spannung nicht ertragen kann, wird der Mensch abhängig von Mitteln. Die Selbstverwirklichung und der Lustgewinn mittels einer Droge ist auch ein mißglückter Problemlösungsversuch. „Dabei ist die Abhängigkeit von einem Mittel zunächst das Normale. Auch daß Mittel zum Selbstzweck werden können, hat viel mit normaler Interessenbildung (Bindung) zu tun. Jedoch finden wir auch hier wieder die Übersteigerung. Wir finden sie z.B. bei allen Formen des Spiels, des Tanzes, der Musik, auch bei der „Spielsucht“. Wir finden sie bei allen außerordentlichen Leistungen, auch bei der „Arbeitswut“², in allen Fällen von Liebe, auch als „Hörigkeit“ oder „Eifersucht“. Der Mensch ist eben nicht nur ein „ökonomisches Wesen“, das vernünftig–zweck–rational Mittel für Ziele einsetzt. Vielmehr scheint der Mensch zum Leben beides zu brauchen: das sozial Erlaubte und das Unerlaubte, das Maß und die Maßlosigkeit, die Sättigung und die Unersättlichkeit, das Normale und das Nicht–Normale, Ordnung und Außer–Ordentliches“ (ebd., S. 176).

Lerntheoretiker gehen vom exzessiven Alkoholkonsum als erlernbares Verhalten, das den Lerngesetzen unterliegt, aus (s. SCHMIDT 1988, S. 59). Alkoholismus wird vorwiegend durch den Wegfall negativer Verstärkungsprozesse erklärt. Je häufiger und unmittelbarer nach Alkoholkonsum eine Belohnung durch Minderung oder Wegfall von Hemmungen, Spannungen, Langeweile und auch Entzugssymptomen erlebt wird, um so mehr wird Alkoholtrinken konditioniert, wenn keine andere Alternative zur Verfügung steht oder gesehen wird. Das Trinkverhalten bleibt unverändert, solange keine sonderlich belastenden negativen Konsequenzen eintreten. Als Belohnung im Sinne positiver Verstärkung ergibt sich neben der Befriedigung von Geschmackserwartungen vor allem die Anerkennung durch

¹ Vgl. RIEMANN, F.: Grundformen der Angst, 1985.

² Im Zusammenhang mit der betrieblichen Suchtprävention hat sich seit Mitte der 80iger Jahre der Begriff workaholic etabliert. Die Streßforschung widmet diesem Thema besondere Aufmerksamkeit.

große Teile unserer Gesellschaft, die in der Regel und in bestimmten Situationen Alkoholkonsum erwartet (s. SCHMIDT 1988, S. 61f). Allerdings sind die Verhaltensmerkmale bei Personen, die später abhängig werden, unterschiedlich. So stellt sich die Frage, ob scheinbar psychische Eigenschaften nicht eher Folge als Ursache des Alkoholkonsums sind (s. SCHNEIDER 1989, S. 55). Für lerntheoretische Konzepte ist Alkoholabhängigkeit also ein erlerntes abweichendes Verhalten, das von Lebens- und Sozialisationsbedingungen mitbestimmt wird.

Ein besonders von Praktikern viel beachteter Ansatz ist der der Transaktionsanalyse (TA) von BERNE (1979). Er ist den sozialpsychologischen Ansätzen zuzuordnen und soll hier erwähnt werden, weil TA ein besonders gutes Erklärungsmodell für das co-abhängige Verhalten entwickelt hat, auf das später noch eingegangen wird. In der TA wird Alkoholismus wie jede andere Sucht als „Spiel“ gesehen (vgl. FEUERLEIN 1984, S. 81). Der Süchtige erwartet durch eine Reihe von Transaktionen, die er in der Interaktion mit anderen Menschen vornimmt, einen Gewinn. Den Spielen, die der Alkoholiker spielt, liegt das Prinzip: „Ich bin schlecht, Du bist O.K.“ zugrunde. „Abgesehen von dem ganz persönlichen Vergnügen, das das Trinken bereitet, besteht sein Transaktionsziel darin, eine Situation herbeizuführen, in der dem Kindheits-Ich ernste Vorhaltungen gemacht werden können, und zwar nicht nur von dem eigenen inneren Eltern-Ich, sondern von jeder Eltern-Figur der sozialen Umwelt, die sich interessiert zeigt, darauf einzugehen“ (BERNE 1979, S. 91). Das für den 'Normaltrinker' destruktive Verhalten der Alkoholabhängigen beinhaltet einen 'subjektiven Gewinn', der an die Droge bindet. BERNE (s. 1979, S. 91) geht davon aus, daß das „Spiel“ auch ohne Droge fortgesetzt werden kann.

Eine bedeutende Rolle in der Genese eines Alkoholabhängigen spielen Konflikte, an denen andere Personen beteiligt sind. Doch verursachen nicht die Konflikte, wie von den Betroffenen häufig behauptet, die Abhängigkeit, sondern die Art und Weise, wie der Betreffende mit der Situation umgehen kann oder eben nicht umgehen kann. Er kann sich mit den Konflikten auseinandersetzen oder ihnen mittels Alkohol ausweichen. Eine Konfliktbewältigung mit Hilfe von Alkohol fördert allerdings wiederum Konflikte auch mit dem sozialen Umfeld; ein Teufelskreis entsteht (vgl. FEUERLEIN / DITTMAR 1982, S. 36).

2.3 Umwelt

Auf die Bedeutung des sozialen Umfeldes, die gesellschaftlichen Einflüsse und die Arbeitsbedingungen wurde schon ausführlich eingegangen. Des-

halb sei hier nur noch kurz auf die Bedeutung der Familie im Zusammenhang mit der Suchtgenese hingewiesen.¹

Die Herkunftsfamilie ist in der Regel nicht nur Ort der ersten Alkoholerfahrungen, sondern hat auch einen wesentlichen Einfluß auf die Einstellung zu Alkohol und Trinkverhalten. Gleichzeitig ist die Familie nach psychoanalytischer Vorstellung wichtigstes Interaktionsfeld für die Formung einer 'Alkoholikerpersönlichkeit' (vgl. SCHMIDT 1988, S. 54). Eine höhere Suchtgefährdung für Kinder aus Familien, in denen ein Elternteil alkoholabhängig war, ist vielfach nachgewiesen worden. Dabei spielt das Verhältnis der Kinder zu den Eltern ebenso eine Rolle wie das Fehlen einer wichtigen Bezugsperson. STIMMER kommt zu dem Schluß, „... daß die Bedeutung der Herkunftsfamilie für das spätere Trinkverhalten der Nachkommen wohl weniger in der allgemeinen Familienstruktur als vielmehr darin liegt, was sich innerhalb dieser gegebenen Struktur abspielt“ (ebd. 1978, S. 55).

3 Der Alkoholismus als Krankheit

Das Krankheitskonzept des Alkoholismus geht auf JELLINEK zurück (vgl. FEUERLEIN 1984, S. 8). Nach der Definition der WHO von 1952 versteht man unter Alkoholikern „... exzessive Trinker, deren Abhängigkeit vom Alkohol einen solchen Grad erreicht hat, daß sie deutliche geistige Störungen oder Konflikte in ihrer körperlichen und geistigen Gesundheit, ihren mitmenschlichen Beziehungen, ihren sozialen und wirtschaftlichen Funktionen aufweisen oder Prodrome einer solchen Entwicklung zeigen. Daher brauchen sie eine Behandlung“ (FEUERLEIN 1984, S. 6). Dieses Krankheitskonzept wird in den letzten Jahren von verschiedenen Seiten aus unterschiedlichen Gründen angezweifelt. Auf diese Diskussion soll hier jedoch nicht näher eingegangen werden.² Das unter Praktikern gängige Krankheitskonzept orientiert sich an die International Classification of Diseases (ICD-10) der WHO. Alkoholabhängigkeit wird dort klassifiziert als Psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen (vgl. DILLING u.a. 1993, S. 87). Beim Alkohol wird wie bei anderen Drogen auch unterschieden zwischen der Abhängigkeit und dem Mißbrauch.

Für die betriebliche Suchtprävention ist die Anerkennung des Alkoholismus als Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung durch das Urteil des Bundessozialgerichtes vom 18.06.1968 (Aktenzeichen 3 RK 63 / 66) von Bedeutung. So bedeutsam dieses Urteil war, so unvollkommen war es, weil es Alkoholismus als selbstverschuldete Krankheit be-

¹ Eine Ausführliche Auseinandersetzung mit der Bedeutung der Herkunftsfamilie für die Suchtentwicklung findet sich bei STIMMER 1978, S. 54ff.

² Vgl. zu dieser Diskussion FEUERLEIN 1984, S. 8f.

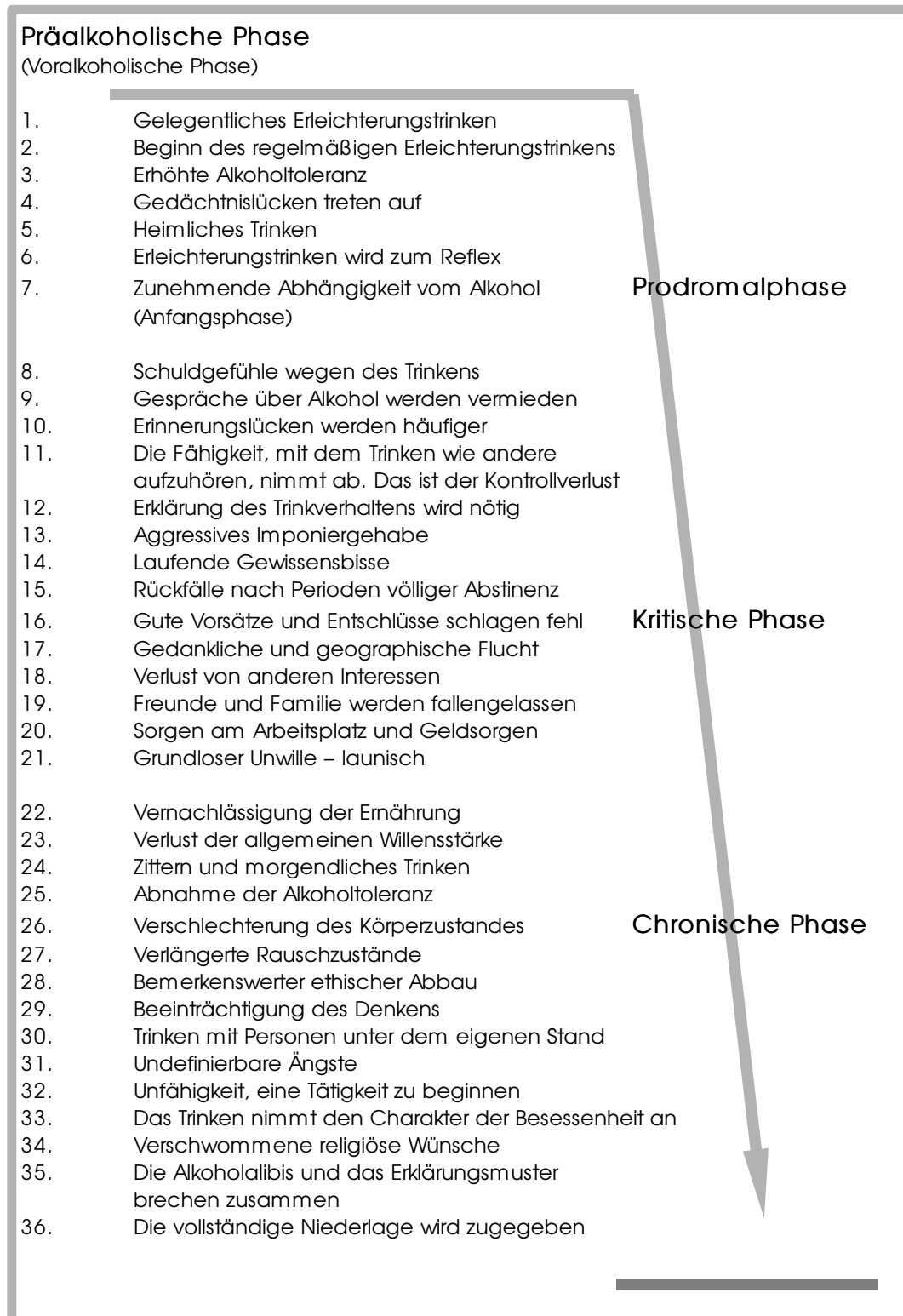
zeichnete. Am 15.11.1973 (Aktenzeichen L 16 Kr 221 / 72) setzte das Landessozialgericht Nordrhein–Westfalen die Alkoholsucht der Medikamentenabhängigkeit und der Drogensucht gleich. Das Bundessozialgericht stellte dann am 15.02.1978 (Aktenzeichen 3 RK 29 / 77) fest, daß Alkoholentziehungskuren zum Leistungsbereich der Rentenversicherungen und der Krankenversicherungen gehören. Mit seinem Urteil vom 9.01.1980 (Aktenzeichen 1 D 40 / 79) rückt das Bundesverwaltungsgericht vom Selbstverschuldungsprinzip ab. Das Bundesarbeitsgericht hebt das Selbstverschuldungsprinzip in seinem Urteil vom 1.6.1983 (Aktenzeichen 5 AZR 536 / 80) auf (s. RUßLAND / PLOGTEDT 1986, S. 76ff).

Das Krankheitsmodell des Alkoholismus stellt gegenüber anderen Erklärungsmodellen (z.B. Charakterschwäche) durch seine weitgehende Wertneutralität für den Betroffenen einen Fortschritt dar. Sie hilft, die Tabuisierung des Themas aufzuheben und den therapeutischen Zugang zu erleichtern. Der Krankheitsbegriff stellt, wie FEUERLEIN ausführt, eine Ich–Entlastung des Betroffenen dar, bringt „durch die Übernahme der Krankenrolle die Verpflichtung zur Mitarbeit bei den therapeutischen Bemühungen mit sich“ (ebd. 1984, S. 9). Im Sinne des Rollenbegriffs von Parsons ist der Alkoholkranke also erst einmal von seiner Verantwortung entlastet, zugleich impliziert die Krankenrolle jedoch auch die Verpflichtung, „... kompetente Hilfe zu suchen, sie zu akzeptieren und bei erforderlichen Gegenmaßnahmen gegen den Alkoholabusus zu kooperieren, d.h. also aktiv an seiner Heilung mitzuwirken“ (FEUERLEIN 1984, S. 9). Dieser Ansatz ist die Grundlage für den Aufbau des sogenannten konstruktiven Leidensdrucks im Stufenplan, der den sekundärpräventiven Maßnahmen eines betrieblichen Alkoholpräventionsprogrammes zuzuordnen ist.

3.1 Phasenmodelle des Alkoholismus

Für die betriebliche Suchtprävention sind die Verlaufsphasen nach JELLINEK (1952), die betriebsrelevanten Entwicklungsphasen nach MÜHLBAUER (1986) und die Verhaltensmuster von Arbeitnehmern mit Alkoholproblemen nach LINDLEY (1967 in: DHS 1990, S. 16f) immer noch von Bedeutung. Besonders, wenn es um das frühzeitige Erkennen von Arbeits– und Leistungsstörungen im Zusammenhang mit dem Alkoholmißbrauch geht, wird auf die in den Modellen dargelegten Verhaltensbeschreibungen zurückgegriffen. In den Schulungen von Vorgesetzten hat sich gezeigt, daß diese Modelle für Laien eine hilfreiche Orientierung sein können, wobei auf die Mißbrauchsgefahren einer derartigen Vereinfachung hinzuweisen ist. In der Realität lassen sich die Phasen nicht strikt voneinander trennen, da sie meist ineinander übergehen und jeder Krankheitsverlauf höchst individuell ist. Hier werden lediglich modellhafte Hinweise gegeben. Die möglichen individuellen Schwankungen zwischen den Phasen veranschaulicht LINDLEY in seiner Darstellung.

Darst. 6: Verlaufsphasen nach JELLINEK



Quelle: Nach JELLINEK in: RUßLAND / PLOGSTEDT 1986, S. 92

Die Entwicklung der Alkoholkrankheit verläuft zunächst kaum wahrnehmbar. Im Verlauf der Krankheitsentwicklung vergrößern sich die Alkoholfolgen. Am Ende des Krankheitsprozesses steht der seelische und körperliche Zusammenbruch.

Im Hinblick auf die Problematik Alkohol am Arbeitsplatz und einer betrieblichen Alkoholprävention stellt sich zwangsläufig die Frage nach einer arbeitsweltspezifischen Abhängigkeitsentwicklung. MÜHLBAUER (s. 1986, S. 27ff) unterteilt den betrieblichen Lebensweg in drei Phasen und geht davon aus, daß bei einem (neuen) Mitarbeiter Anzeichen für Alkoholismus bei allgemein offenerer Trinkkultur zumindest latent vorhanden sind.

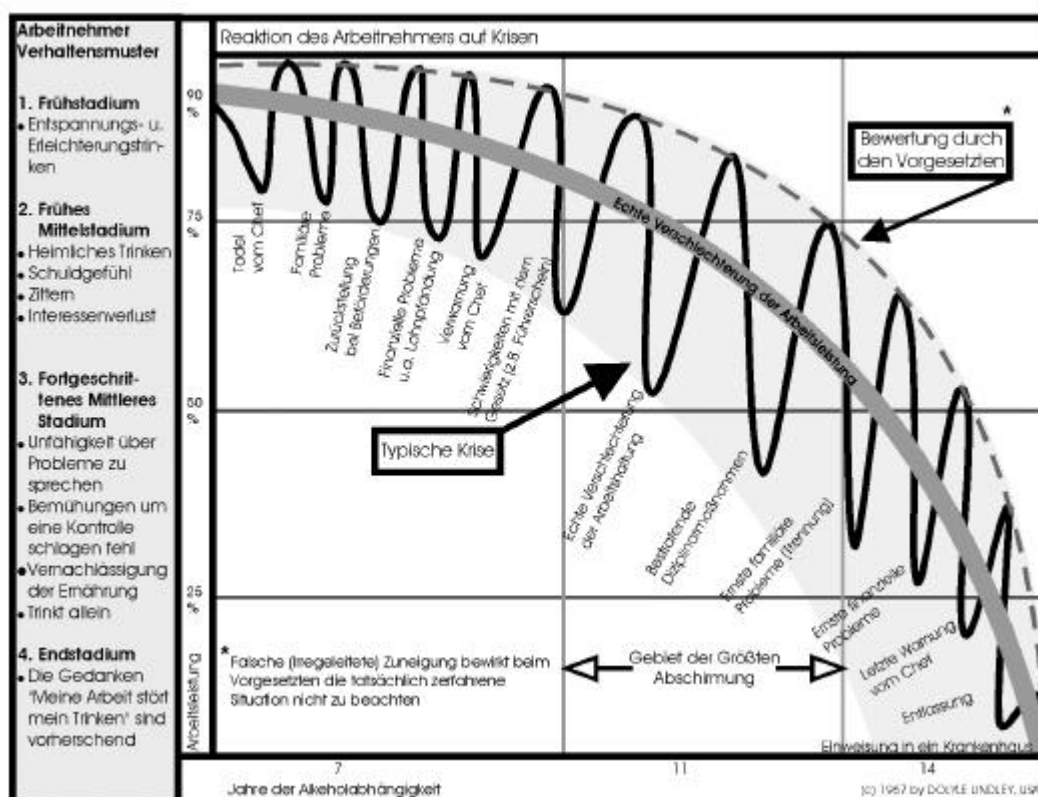
Die **Einpassungsphase** ist gekennzeichnet durch Schwierigkeiten des Mitarbeiter, sich an die Arbeitsgemeinschaft anzupassen. Alkohol hilft ihm über diese Schwierigkeit hinweg und verschafft dem Mitarbeiter somit Anerkennung. Diese Anpassung mittels Alkohol ist eine erzwungene, gezielte und nicht freie Handlungsweise. Deshalb spricht MÜHLBAUER nicht von einer Anpassungs-, sondern von einer Einpassungsphase. Das Leistungsvermögen ist durch Prägnanz, Motivationsfähigkeit und Sensitivität gekennzeichnet. In der Zeit der Einpassung in den Betrieb dominiert „...die Aktivität, das Zupackende, das Gestalterische, zuweilen schöpferische Moment“ (MÜHLBAUER 1986, S. 39).

Die **Abwehrphase** ist gekennzeichnet durch ein Überwiegen des aggressiven Reagierens. Der Betroffene versucht die Normalität seiner Beziehung zum Alkohol zu bestätigen. Mit Hilfe von Selbsttäuschung (Verlagerung der Schuldfrage nach außen) strebt er eine Verdrängung des Problems an. Erste Reaktionen des Umfeldes treten ein. Wenn in diesem Zusammenhang von Abwehr gesprochen wird, so ist mehr die Richtung der Handlungen gemeint, als ausschließlich deren Inhalt. Die nachlassenden Leistungen, denen wiederum Scheinaktivitäten folgen, Stimmungsschwankungen und Realitätsverlust des Mitarbeiters führen zur Demotivierung der übrigen Kollegen, die ihre eigene Leistung der des Abhängigen entgegensetzen und die Berechtigung für ein Weniger an eigener Leistung daraus ableiten (vgl. MÜHLBAUER 1986, S. 40ff). Alles in allem eine das Betriebsklima beeinflussende Situation.

In der **Überlebensphase** verschlechtert sich die Lage des Alkoholikers. Er fühlt den zwanghaften Charakter seines Trinkverhaltens und wird aufgrund einer verstärkt ablehnenden Haltung der Umwelt dazu gezwungen, anstatt einer Vorwärtsverteidigung in der Abwehrphase nur Rückzugsgefechte zu führen. Der Alkoholiker kann seine zunehmenden Ausfallzeiten und Leistungsdefizite nur schwer rechtfertigen. Er versucht z. B. durch Übernahme ungeliebter Arbeiten, verstärkter Unterwürfigkeit, Spendier- und Hilfsbereitschaft seine Position zu stützen (vgl. MÜHLBAUER 1986, S. 48ff).

Die folgende Graphik zeigt die Verhaltensmuster von Mitarbeitern mit Alkoholproblemen. Die Verlaufskurve macht deutlich, daß mit fortschreitender Alkoholabhängigkeit die Arbeitsleistung nachläßt. Bis zur Kündigung, dem letzten Schritt in der 'Suchtkarriere' eines Arbeitnehmers, kommt es noch zu mehreren Vorkommnissen. Die Schwankungen im Verlauf der Entwicklung des Betroffenen werden vom Vorgesetzten kaum oder falsch wahrgenommen. Der Vorgesetzte neigt durch falsche bzw. vom Alkoholiker irreführende Zuneigung zu einer positiveren Einschätzung der Situation.

Darst. 7: Verhaltensmuster von Mitarbeitern mit Alkoholproblemen



Quelle: DHS 1990, S. 16

3.2 Typologie des Alkoholismus nach JELLINEK

JELLINEK differenziert und beschreibt fünf Alkoholismustypen. In der Realität muß man eher mit dem Auftreten von Mischformen rechnen.¹

¹ Die Definition des Alkoholismus, wie sie von JELLINEK formuliert wurde, ist zwar umfassend, aber sehr allgemein. Um den unterschiedlichen Erscheinungsformen dennoch gerecht zu werden, hat er eine Typologie des Alkoholismus vorgeschlagen (FEUERLEIN 1984, S. 154). LADEWIG u. a. gehen nicht auf bestimmte Tinkertypen ein, sondern versuchen, verschiedene Alkoholismusformen deutlich zu machen. Sie

Alpha-Alkoholismus (Konflikttrinken)

Alpha-Alkoholismus wird auch Erleichterungs- und Wirkungstrinken genannt. Die Betroffenen trinken ab und zu einen über den Durst, weil sie sich leicht berauscht wohl fühlen. Die positiven Alkoholerfahrungen veranlassen sie, in (erneuten) Belastungssituationen wieder auf Alkohol zurückzugreifen. Ein Kontrollverlust findet noch nicht statt. Allerdings ist die Entwicklung einer psychischen Abhängigkeit möglich. Ein Übergang in die Alkoholabhängigkeit des Gamma-Typs kommt vor. Die Gefahr familiärer und sozialer Komplikationen aufgrund des Trinkverhaltens besteht.

Beta-Alkoholismus (Gelegenheitstrinken)

Dieser Typus definiert Alkoholkonsumenten, die aufgrund von Trinksitten und Gewohnheit übermäßig häufig Gelegenheiten suchen und nutzen, Alkohol zu trinken. Nahestehende Personen und Beruf begünstigen dieses Verhalten. Durch häufigen Mißbrauch sind Organschäden zu erwarten. Kontrollverlust oder andere Zeichen einer Abhängigkeit sind noch nicht eingetreten. Der Betroffene ist also jederzeit in der Lage, sein Trinken zu beenden. Ein Übergang in den Delta-Alkoholismus ist möglich.

Gamma-Alkoholismus (Süchtiges Trinken)

Diese Alkoholiker fallen durch psychische und körperliche Abhängigkeit auf. Die Kennzeichen sind starkes Verlangen nach Alkohol, Kontrollverlust, Toleranzentwicklung und Entzugerscheinungen. Zunehmende körperliche, psychische, familiäre und berufliche Schäden treten auf.

Delta-Alkoholismus (Spiegeltrinken)

Dieser Typus entwickelt sich vom gewohnheitsmäßigen Trinken zum Spiegeltrinken, denn die Betroffenen müssen ständig einen Blutalkoholspiegel aufrechterhalten. Ohne die Zufuhr von Alkohol treten Entzugerscheinungen auf. Ferner besteht eine ausgeprägte psychische und körperliche Abhängigkeit. Spiegeltrinker sind nicht abstinenzfähig, aber es kommt nicht zum Kontrollverlust.

Epsilon-Alkoholismus (episodisches Trinken)

Die auch 'Quartalssäufer' genannten Alkoholiker trinken wochenlang keinen Alkohol. Meiner Erfahrung nach haben Epsilon-Alkoholiker eine zwanghafte Persönlichkeit. Sie 'reißen' sich über längere Zeit zusammen, unterdrücken jede lustvolle oder auch destruktive Bedürfnisbefriedigung, bis sie voller Spannung sind. Für die 'Entladung' kennen sie nur eine Möglichkeit: das exzessive Trinken.

sprechen von vier Formen: Gelegenheits-, Betäubungs-, Verstimmungs- und Milieualkoholismus (LADEWIG u. a. 1983, S. 65).

Alpha- und Beta-Trinker sind gefährdet, Gamma-, Delta- und Epsilon-Alkoholiker sind im Sinne der Reichsversicherungsordnung (RVO) krank. Reine Spiegeltrinker und episodische Trinker sind mir in meiner Praxis selten begegnet. Spiegeltrinker sind gesellschaftlich kaum auffällig, im Arbeitsleben erbringen sie ihre Leistungen, bis es in Folge des Alkoholkonsums zu schwereren Erkrankungen kommt. Episodische Trinker auf ihr Alkoholproblem anzusprechen und sie zu behandeln, war immer besonders schwierig, weil sie den Teil ihrer Persönlichkeit, der trinkt, meist vollständig abgespalten haben.

Als Fazit läßt sich festhalten, daß Alkoholismus als behandlungsbedürftige Krankheit im Sinne der RVO anerkannt ist. Für die Suchtprävention am Arbeitsplatz ist das in sofern von Bedeutung, als daß der erkrankte Arbeitnehmer Kündigungsschutz genießt, der Arbeitgeber seine Sanktionsmöglichkeiten den Erfordernissen des Krankheitsbildes anpassen muß und die Behandlungskosten von den Versicherungsträgern getragen werden. Für den Betroffenen erwächst daraus eine Verpflichtung, seine Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen, also an der Behandlung seiner Krankheit mitzuwirken. Die vorgestellten Phasenmodelle und die Alkoholismustypologie sind für eine gewissenhafte Diagnostik nicht ausreichend. Sie geben jedoch den an der Suchtprävention am Arbeitsplatz beteiligten Mitarbeitern, Vorgesetzten und Personalräten genügend Orientierung. Eine Diagnostik wird von ihnen nicht erwartet. Das ist Sache der behandelnden Fachleute.

4 Co-Abhängigkeit

Das implizite Ziel einer jeden Präventionsmaßnahme muß sein, das 'Milieu' ebenso zu erfassen wie den Abhängigen selber. Die Erkenntnis, daß Angehörige von Alkoholabhängigen nicht nur passiv mitbetroffen sind und unter der Krankheit leiden, sondern Verhaltensweisen entwickeln, die den Prozeß der Krankheit aufrechterhalten, stammt von den Anonymen Alkoholikern. Der Begriff Co-Abhängigkeit gibt die Fixierung auf das Suchtmittel auf. Er deutet auf eine Krankheitsgemeinschaft hin, in der immer mehrere beteiligt sind. Co-Abhängigkeit zeigt an, daß beide abhängig sind und ihren Handlungsspielraum verloren haben.

Wie bei der Abhängigkeitsentwicklung auch, verändert sich das Verhalten von normal zu co-abhängig schleichend und Übergangslos. Am Beginn eines gemeinsamen Weges stehen positive Erlebnisse, bei denen Alkohol eine Rolle spielt. Gelegentlich auftretende problematische Verhaltensweisen des Betroffenen werden von Partnern, Freunden, Kindern, Kollegen

etc. so kompensiert, daß sie keine negativen Folgen haben. Der Betroffene muß nicht die Konsequenz für sein Verhalten tragen, für ihn beginnt sich die Realität durch das Eingreifen der anderen zu erklären.

Die zunehmende Auffälligkeit des Betroffenen wird nicht kritisch wahrgenommen und die negativen Ergebnisse des Alkoholmißbrauchs werden bagatellisiert, weil ein System aus gemeinsamen positiven Erlebnissen, Abhängigkeit, vermeintlicher Mitschuld und der Furcht vor einem Riß in der Fassade der Beziehung dagegen steht. Wenn die Probleme offensichtlicher werden, beginnen sich die in entfernterer Beziehung zu dem Betroffenen stehenden Personen zurückzuziehen. Die engeren Bezugspersonen, meist Angehörige, Freunde, Vorgesetzte und Kollegen, versuchen dem Betroffenen zu helfen. Das Tragische bei dieser Entwicklung ist, daß diejenigen, die am meisten zu helfen versuchen, den größten Schaden anrichten. Wie der Suchtkranke auch, verlieren sie mit zunehmendem Engagement die Kritikfähigkeit gegenüber ihrem eigenen Verhalten – auch ihre Wahrnehmung ist getrübt. Sie verstricken sich immer mehr in die Probleme des Betroffenen.

Um die Mechanismen und die Dynamik der gegenseitigen Abhängigkeit zu verstehen, sind zwei Modelle besonders hilfreich: Die auf die Familientherapeutin V. SATIR zurückgehende systemische Betrachtungsweise und die Alkoholikerspiele des Transaktionsanalytikers E. BERNE.

4.1 Die systemische Betrachtungsweise

Seit sich die Systemtheorie als psychotherapeutische Methode in der systemischen Therapie oder auch Familientherapie findet, gewann die ganzheitliche Betrachtung – nicht nur des einzelnen Menschen – sondern des ganzen Systems, in dem er lebt, an Bedeutung. Heute wird das Co-Verhalten auch bei anderen psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen durchaus als eigenständige Verhaltens- oder Persönlichkeitsstörung begriffen. Den Unterschied zwischen einer individualisierenden und einer systemischen Sichtweise in der Suchttherapie veranschaulicht DIETZE in folgendem Bild: „Früher stand der Alkoholiker als Darsteller eines Ein-Personen-Stückes auf der Bühne, die Co-Alkoholiker waren Bühnenpersonal und Publikum. Die engeren Bezugspersonen unter den Co-Alkoholikern schoben die Kulissen, sorgten für die Beleuchtung und soufflierten. Die etwas entfernteren Personen saßen im Zuschauerraum, sorgten mit ihrem Eintrittsgeld für den Rahmen, lachten, klatschten, buhten, tuschelten. Man war sich im klaren, daß alle mit dem Hauptdarsteller in Beziehung standen und nannte sie auch deswegen Co-Alkoholiker. Das Verhalten von Bühnenpersonal und Publikum war sekundär, es wurde nur in geringem Maß in die Therapie einbezogen. Seitdem die Systemtheorie auch Eingang in die Psychotherapie gefunden hat, erweitert sich unser Blick: Die Bühne wurde abgebaut, das Theater als Ganzes ist

die Bühne, Kulissenschieber, Beleuchter, Souffleure und Zuschauer sind auch alle Darsteller mit mehr oder weniger tragenden Rollen, je nach Situation. Selbst der institutionelle Rahmen muß nicht außen vor bleiben, wenn er wesentlichen Einfluß auf das Stück hat" (ebd. 1992, S. 45).

Wie dieses Bild anschaulich verdeutlicht, ist der Alkoholabhängige nach systemischer Betrachtungsweise ein 'Subsystem', das mit anderen 'Subsystemen' und dem Ganzen in permanentem Austausch steht.

In dieser Betrachtungsweise liegt sowohl ein Anspruch als auch eine Entlastung. Der Anspruch findet seinen Ausdruck z.B. in solch komplexen Modellen wie der betrieblichen Suchtprävention, mit hohen Erwartungen an die Eindeutigkeit und Klarheit der Organisation und die Kompetenz der handelnden Personen. Sie entlastet, weil sie die Schuldfrage ausschließt und die Verantwortung auf mehrere Personen und das System als Ganzes verteilt. Was das für die Handlungsfähigkeit bedeutet, kann jeder nachvollziehen, der schon einmal in der co-abhängigen Position ausweglos zwischen Schuld und Verantwortung gefangen war.

Das vordringliche Bestreben von Systemen ist, im Gleichgewicht zu sein. Wie bei einem Mobile muß auf jeder Seite etwas dazu oder auf jeder Seite etwas weggenommen werden, damit das Gleichgewicht erhalten bleibt. Wenn nun ein Alkoholabhängiger aufhört zu trinken, hat er genau das getan, was alle seine Bezugspersonen sich sehnlichst gewünscht haben. Jetzt könnte alles wieder in Ordnung sein. Aber weit gefehlt, jetzt gehen die Probleme erst richtig los. Das System gerät aus dem Gleichgewicht, vielleicht sogar außer Kontrolle. Es müßte völlig neu organisiert werden, damit es mit dem veränderten (der Abstinenz des Betroffenen) Zustand zurechtkommt und ein neues Gleichgewicht findet. Doch auch hier gelten häufig die 'Trägheitsgesetze': Das System versucht erst einmal, den alten Zustand wieder herzustellen. D.h., alle Beteiligten bleiben in ihren Rollen und agieren unbewußt so, daß dem Alkoholabhängigen praktisch nichts anderes übrig bleibt, als wieder mit dem Trinken anzufangen, wenn er sich nicht radikal von großen Teilen seines Bezugssystems lösen will (vgl. DIETZE 1992, S. 48). Besonders problematisch ist es, das System zu verändern, wenn die co-abhängigen Personen einen eigenen hohen 'subjektiven Gewinn' von ihrem Verhalten haben.

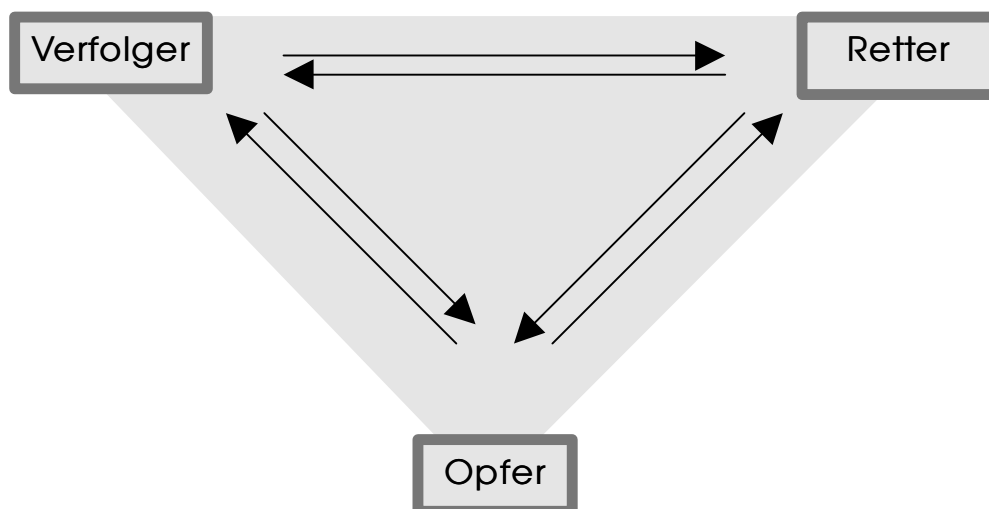
4.2 Das 'Drama-Dreieck'

Besonders nachvollziehbar und einleuchtend ist co-abhängiges Verhalten in den Lebensspielen von BERNE (1978) beschrieben. Die Dynamik des 'Drama-Dreiecks' ist auch für den Laien zu verstehen und eignet sich gut für die Vorgesetztenschulung, auf die später noch eingegangen wird.

Das Alkoholikerspiel wird von BERNE als Psychospiel bezeichnet. „Ein Psychospiel ist ein typischer Handlungs- und Gesprächsablauf, der sich öfter wiederholt. ... Das Psychospiel besteht aus einer mehr oder weniger festgelegten Abfolge einzelner Schritte (Gesprächsphasen oder Handlungen), bei denen das, was gesagt oder gezeigt wird, immer abweicht von dem, worauf der Darsteller im Innersten aus ist, und bei denen ihm diese Abweichung nicht bewußt wird“ (RAUTENBERG / ROGOLL 1982, S. 125). Man unterscheidet die Psychospiele noch nach Intensität und Dauer. Darauf wird hier jedoch nicht weiter eingegangen. Für diese Arbeit ist es ausreichend, das Prinzip darzustellen.

Nach KARPMANN (vgl. in: SCHLEGEL 1995, S. 147 ff) gibt es drei manipulative Grundrollen im Spielgeschehen, die auf einer Abwertung der eigenen Person bzw. der des Mitspielers basieren, die Rolle des Opfers, des Retters und der des Verfolgers. Obwohl in einem Spiel die Rollen wechseln, gibt es auch hier bevorzugte Rollen. Da Alkoholikerspiele auch der Bestätigung der einmal eingenommenen Grundhaltung dienen, bedeutet dies für den Süchtigen, daß er aufgrund seiner Grundhaltung des „Ich bin nicht o.k. – du bist o.k.“ die Opferrolle, die dieser Selbstabwertung entspricht, bevorzugt.

Darst. 8: Das Drama–Dreieck



In einem Spiel kennt jeder Spieler alle Positionen des Dramadreiecks. Unabhängig davon, daß jeder Spieler seine bevorzugte Position hat, in der er die meiste Zeit verbringt, werden in einem Spiel auch die Rollen gewechselt. So mag der sich unglücklich fühlende Alkoholiker aus seiner Opferrolle einen Retter finden, der, nachdem alle seine wohlmeinenden Ratschläge zurückgewiesen wurden, in die Verfolgerrolle wechselt, indem

er nun das Opfer beschimpft, „dir ist ja sowieso nicht zu helfen“ oder das Opfer wechselt selbst in die Verfolgerrolle und bietet dem Retter die Opferrolle an, „wenn man wirklich Hilfe braucht, bringst du nichts zustande.“ Desgleichen mag der ursprüngliche Verfolger, wenn er sieht, was er bei seinem Opfer angerichtet hat, nun in die Retterrolle wechseln usw.

Beschränkt man die an Alkoholiker-Spielen beteiligten Rollen auf die drei Positionen des Dramadreiecks als Grundmuster, so hat der Süchtige hauptsächlich die Opferrolle inne, die seine 'Nicht - O.K. - Haltung' bestärkt, und ist im wesentlichen von anderen Personen umgeben, die die beiden komplementären Rollen spielen, die sie für ihr eigenes Skriptgeschehen brauchen.

Dem Alkoholiker wird durch das Mitspielen seiner Partner die für ihn notwendige Realitätsspiegelung entzogen und er wird in seiner Abwehr und seiner 'Nicht - O.K. - Haltung' bestärkt. Konfrontation mit der Realität ist daher wichtig, um aus dem Spiel auszusteigen oder gar nicht erst auf das Spielangebot einzugehen. Im Sinne der Transaktionsanalyse bedeutet das: Keine Rolle im Drama-Dreieck einnehmen, konsequent auf der Erwachsenenenebene kommunizieren und zumindest für sich selbst die Sach- und Beziehungsebene des Gesprächs auseinanderhalten. Dabei können folgende Verhaltensweisen hilfreich sein:

- aus dem Gespräch aussteigen und sich zurückziehen,
- das Spiel ignorieren, d.h. statt auf der Beziehungsebene mitzumachen, die Inhaltsebene des Gesprächs hervorkehren,
- in einer Metakommunikation die Beziehungsebene zum Gegenstand des Gesprächs machen,
- das Spiel in übertriebener und überzogener Weise mitmachen und damit versuchen, es ad absurdum zu führen, womit eine Reaktion des freien Kind-Ich's hervorgehört werden kann,
- und schließlich auch das Spiel aufdecken und den Ablauf durchsichtig machen. Wenn dies nicht an der Abwehr des Spielers scheitert, entstehen Unsicherheit und Angst, da der für den Betreffenden notwendige Spielgewinn entfällt und er hierfür keine Alternative besitzt. Optimal ist es in einer solchen Situation, wenn hier für den Spieler als Alternative der offene Austausch von Streicheleinheiten (strokes) erfahrbar gemacht werden kann.

5 Funktion und Bedeutung des Alkohols in der Gesellschaft

In den verschiedenen Kulturen der Welt werden von den Menschen unterschiedliche Rauschmittel konsumiert, um sich zu stimulieren oder das

Spannungsverhältnis zwischen individuellen Bedürfnissen und Sehnsüchten und gesellschaftlichen Anforderungen zu kompensieren. Unsere „Kulturdroge“ ist der Alkohol. Im folgenden sollen die überwiegend soziologischen Ansätze zur Funktion und Bedeutung des Alkohols in unserer Gesellschaft erörtert werden.¹

5.1 Soziokulturelle Faktoren

Eine Studie von BALES (1946) weist nach, daß in verschiedenen Kulturen und ethnischen Gruppen der Gebrauch von Alkohol durchaus unterschiedlich ist. Er zeigt in dieser Studie weiterhin auf, inwieweit die in der Kultur verankerten Trinknormen einer Person erlauben, in verschiedenen Trinksituationen ihr pathologisches Bedürfnis nach Alkoholkonsum zu befriedigen. Er unterscheidet vier verschiedene kulturell bedingte Formen des Alkoholgebrauchs: die prohibitive, die rituelle, die konviviale (gesellschaftliche) und die utilitaristische (Verwendung als Psychopharmakon). PITTMANN (1964, S. 5ff) entwickelt daraus vier Kulturtypen, die sich in ihrem Trinkverhalten und ihren Trinksitten unterscheiden:

1. In Abstinenzkulturen ist der Alkoholgenuß verboten, z.B. in islamischen und hinduistischen Kulturkreisen.
2. Ambivalenzkulturen: Hier stößt eine puritanische Grundeinstellung auf eine öffentliche Erlaubnis des Konsums (z.B. USA, Skandinavien). Der Alkohol in der Öffentlichkeit tritt gegenüber dem Verbrauch im kleinen Kreis zurück (utilitaristisches Trinken). Auffällig ist dabei der erhöhte Konsum von hochprozentigem Alkohol.
3. Permissivkulturen: Der Alkoholgenuß ist erlaubt, öffentliche Trunkenheit und damit auftretende Ausfallerscheinungen des Alkoholkonsums werden abgelehnt. In den Mittelmeerländern wird vorwiegend Wein konsumiert. Fast die gesamte Bevölkerung (auch Kinder) trinkt Alkohol, allerdings in kleinen Mengen zu Mahlzeiten und Zeremonien. Der Konsum ist in feste Rituale eingebunden. Es besteht aufgrund der herrschenden Trinksitten eine Gewöhnung an begrenzten Alkoholkonsum. Exzesse sind dagegen tabuisiert.
4. Funktionsgestörte Kulturen: Der Alkoholkonsum (auch Exzesse) wird in weitem Umfang toleriert. In Reinform kommen diese Kulturen nicht vor. In gemäßigter Form können z.B. der deutschsprachige Raum, die Niederlande, Polen und RUßLAND dazugezählt werden. Nach Meinung LENFERS (1988, S. 17) sind die deutschen Trinkgewohnheiten am Arbeitsplatz im weltweiten Vergleich ganz sicher als funktionsgestört zu bezeichnen.

¹ Zur ausführlichen Auseinandersetzung verweise ich auf die soziologischen Ansätze zur Genese der Alkoholabhängigkeit bei STIMMER 1978, S. 47 ff.

Der Alkohol unterliegt also traditionsbedingt kulturellen Unterschieden. Allerdings gibt es derzeit keine zusammenfassende oder gar eigenständige Theorie gesellschaftlicher Wurzeln der Sucht und damit auch des Alkoholismus. Allenfalls liegt eine Reihe von „... Übertragungen allgemeiner und keineswegs suchtgenuiner theoretischer Erklärungsansätze individuellen Verhaltens vor“ (RENN 1989, S. 46). Weiter ist zu bedenken, worauf ANTONS und SCHULZ hinweisen, daß die Wertstruktur einer Gesellschaft die Trinknormen bestimmt, daß also Trinknormen, „... losgelöst vom gesamten Wertsystem einer Gesellschaft, keinen Aufschluß über die Bedeutung des Alkohols für eine Gesellschaft geben“ (ebd. 1976, S. 47).

5.2 Soziostrukturelle Faktoren

Zur kritischen Bewertung soziostruktureller Faktoren führt STIMMER (1978, S. 50) aus: „An diesen Ansätzen werden Teile der Sozialstruktur verabsolutiert. Es wird auf einige wenige Variablen reduziert, die in ihrer Wirkung (hier auf die Entstehung der Alkoholabhängigkeit) beobachtet und statistisch ausgewertet werden. Der größte Teil der Untersuchungen zur Alkoholabhängigkeit wurde und wird im Rahmen dieser hier als soziostrukturelle Perspektive bezeichneten Forschungsrichtung durchgeführt. Die sich zum Teil widersprechenden Ergebnisse dieser soziologischen Richtung stehen theorieelos und unverbunden nebeneinander. Die soziologischen Versuche, Abhängigkeit (und allgemeiner: das Trinken von Alkohol) zu erklären, verliefen fast ausschließlich im Rahmen einer solchen Suche nach qualitativ erfaßbaren Faktoren. Da die Interdependenz dieser Faktoren kaum berücksichtigt wurde, wurde Alkoholismus als abhängige Variable einer oder weniger berechenbarer unabhängiger Variablen gesehen. Darüber hinaus wurden statistische Modelle häufig sehr unkritisch verwendet. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen, die sich vor allem auf die USA beziehen, haben nur sehr begrenzte Gültigkeit (sowohl räumlich als auch zeitlich). Bei diesen Ansätzen wirkt, je nach den ausgewählten unabhängigen Variablen, ‘etwas’ auf das Individuum ein, das sich seinerseits passiv anpaßt. Der Mensch als intentional handelndes Wesen hat in diesem Konzept keinen Platz.“

Für die Alkoholprävention am Arbeitsplatz sind die unabhängigen Variablen Schichtzugehörigkeit und Arbeitsbedingungen von Interesse.¹ Bezüglich schichtspezifischer Unterschiede gibt es für die Bundesrepublik Deutschland keine fundierte Untersuchung neueren Datums. Praktiker²

¹ Eine ausführliche Übersicht über die Merkmale, die als unabhängige Variablen gewählt werden, um die abhängige Variable Alkoholismus zu erklären, findet sich bei WÜTHRICH 1974, S. 14ff.

² Als Praktiker bezeichne ich hier Kollegen und Kolleginnen aus den örtlichen Suchtberatungsstellen, der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, den Lan-

beobachten besonders in den letzten 5 – 10 Jahren ein sich änderndes Trinkverhalten am Arbeitsplatz, was weniger mit der Aufklärung über die Suchtgefahren als mit den veränderten Arbeitsanforderungen (z.B. Akkordarbeit, schnellere Maschinen) und der latenten Arbeitsplatzgefährdung durch die hohe Arbeitslosigkeit zu tun hat. Trotzdem hat der Pro-Kopf-Konsum in der BRD stetig zugenommen. Im Jahr 1995 sind wir an die Weltspitze des Pro-Kopf-Verbrauchs vorgedrungen.¹

Von Interesse für Alkoholprävention am Arbeitsplatz Hochschule ist eine vom Institut für Gesundheits- und Sozialforschung, Berlin in den Jahren 1983 – 1985 an zwei Betrieben (u.a. an der Technischen Universität) des öffentlichen Dienstes in Berlin mit insgesamt ca. 6.000 Beschäftigten durchgeführte Untersuchung (LAUBER 1989, S. 498 – 504). Im Mittelpunkt des Forschungsvorhabens stand die Frage, ob in den Untersuchungsbetrieben Arbeitsbedingungen zu identifizieren sind, die den Alkoholkonsum fördern bzw. hemmen. Die Ergebnisse sollen hier zusammengefaßt dargestellt werden.² Es ist weder der *Alkoholmißbrauch* noch die *Abhängigkeit* in Verbindung mit Arbeitsbedingungen untersucht worden. Die gefundenen Zusammenhänge beziehen sich lediglich auf den sogenannten alltäglichen *Alkoholkonsum*.³

Darst. 9: Anteile der Mehrtrinker (täglicher Alkoholkonsum)

– Tätigkeitsbereiche / Geschlechter–

Arbeitsbereich	Insgesamt%	Männer	Frauen	Relation der Mehrtrinkerrate M:F
Verwaltung	12,3	22,8	7,0	(3,3 : 1)
Wissenschaft	24,9	25,6	20,9	(1,2 : 1)
Bibliotheken	11,3	17,1	7,1	(2,4 : 1)
Labor	11,5	18,4	9,3	(2,0 : 1)
Handwerk / Technik	17,7	17,9	15,0	(1,2 : 1)
Insgesamt	18,6	22,4	9,9	(2,3 : 1)

Quelle: LAUBER 1989, S. 499

desstellen gegen die Suchtgefahren und in der Unternehmensberatung tätige Suchtberater.

¹ Meines Erachtens findet eine gesamtgesellschaftliche Konsumveränderung statt: Immer weniger trinken immer mehr; immer mehr trinken immer weniger Alkohol. Diese These ist keineswegs verifiziert, sie gibt den subjektiven Eindruck einiger Praktiker wieder.

² Hinweise zu den Merkmalen der Variablen finden sich bei LAUBER 1989, S. 498.

³ Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und Alkoholabhängigkeit gibt es nicht, weil keine validen Daten zu ermitteln wären. So geht man vom Alkoholkonsum aus und mutmaßt, daß ein erhöhter Konsum auch eine erhöhte Gefährdung darstellt.

Sehr auffällig ist, daß der Anteil der Mehrtrinker im Wissenschaftsbereich wesentlich über dem der Verwaltung und dem des Handwerks liegt und Männer deutlich regelmäßiger Alkohol konsumieren als Frauen. „Zu den Beschäftigtengruppen, die erhöhten Alkoholkonsum aufweisen, gehören auch die Vorgesetzten. Im Prinzip trifft dies auf alle Vorgesetzten in den untersuchten Arbeitsbereichen zu, jedoch gilt dies besonders für die Vorgesetzten im Verwaltungsbereich“ (LAUBER 1989, S. 500). Weiter führt LAUBER aus, daß der erhöhte Alkoholkonsum der Vorgesetzten nicht nur Ausdruck einer permissiven Einstellung zum Alkohol ist, sondern auch mit ihrer spezifischen Arbeitssituation zusammenhängt. Eine Analyse ergab, daß folgende Merkmale mit häufigem Konsum korrelieren:

- ◆ hohe Tätigkeitsvielfalt
- ◆ und / oder hoher Interaktionsgrad
- ◆ und / oder häufige unterqualifizierte Tätigkeit.

Dabei ergab sich, daß nicht die einzelnen Faktoren – wie Tätigkeitsvielfalt – an sich belastend sind, sondern das Zusammenwirken von Tätigkeitsmerkmalen und organisatorischen Mängeln. Am Beispiel hoher Tätigkeitsvielfalt ließ sich zeigen, daß diese mit geringem Alkoholkonsum einherging, wenn Vorgesetzte zur Bewältigung der vielfältigen Anforderungen die Möglichkeit zur Weiterqualifikation hatten, wenn es regelmäßige Mitarbeiterbesprechungen und institutionalisierte Kooperationsformen zwischen den Vorgesetzten gab. Ein angemessener Entscheidungsspielraum wirkte ebenso entlastend und damit konsumhemmend (s. ebd., S. 501).

Die Untersuchung zeigt auch bei den anderen Berufsgruppen differenzierte Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und Alkoholkonsum, auf die im Rahmen dieser Arbeit jedoch nicht weiter eingegangen werden soll.

Aus den dargelegten Zusammenhängen wird erkennbar, daß die Arbeitsbedingungen einen erheblichen Einfluß auf das Alkoholkonsumverhalten der Menschen hat. Daraus läßt sich jedoch noch nicht der Schluß ziehen, daß sie auch die Entstehung der Alkoholabhängigkeit fördert. „Allerdings ist anderen Forschungsergebnissen sowie praktischen Erfahrungen zu entnehmen, daß Arbeitsbedingungen vor allem dann einen entscheidenden Beitrag zur Suchtentstehung leisten können, wenn sie einerseits über einen längeren Zeitraum von den Betroffenen in vielfacher Hinsicht als belastend und persönlichkeitsbeschränkend erfahren werden und wenn sich diesen andererseits keine oder nur sehr schwache Veränderungschancen bieten“ (LAUBER 1989, S. 503f).

5.2.1 Alkoholkonsum am Arbeitsplatz

Gegenstand dieser Arbeit ist die Alkoholprävention am Arbeitsplatz. Deshalb sollen die soziostrukturellen Einflußfaktoren des Arbeitsplatzes auf den Alkoholkonsum hier noch ausführlicher dargelegt werden. Dabei wird zwischen Alkoholkonsum fördernden und hemmenden Arbeitsbedingungen unterschieden.

5.2.1.1 Alkoholkonsumfördernde Arbeitsbedingungen

Die physische, psychische und soziale Befindlichkeit wird beeinträchtigt, wenn Menschen längere Zeit am Arbeitsplatz Belastungen ausgesetzt sind, die sie nicht verändern können. Allerdings werden gleiche Arbeitsbedingungen von Menschen unterschiedlich erlebt. Je nach ihren individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten sind sie unterschiedlich belastbar und widerstandsfähig. Das heißt, welche Formen und welches Ausmaß eine aus Arbeitserfahrung resultierende Beeinträchtigung annimmt, hängt auch von den Bewältigungsstrategien ab, die dem einzelnen zur Verfügung stehen. Ob und inwieweit der einzelne seine persönlichen Fähigkeiten auch ausschöpfen bzw. weiterentwickeln kann, ist wiederum an die konkreten Arbeitsbedingungen gebunden. Denn der Arbeitsplatz ist nicht nur der Ort, wo Menschen Belastungen ausgesetzt sind, sondern auch der Ort, wo Erfahrungen gesammelt, Kenntnisse und Fähigkeiten entwickelt, Einstellungen und Verhaltensmuster erlernt werden.

RENN (1989, S. 42) stellt folgende Überlegungen an: Sind Personen am Arbeitsplatz Belastungen ausgesetzt, so stehen sie unter Spannungen, die ihre Befindlichkeit beeinträchtigen, was sie wiederum motiviert, diese Spannungen zu mindern. Der Konsum von Suchtmitteln ist eine Möglichkeit, die angestrebte Spannungsverminderung zu erreichen, zumal dann, wenn keine anderen Wege der Spannungsbewältigung zur Verfügung stehen. Da unsere Gesellschaft den Konsum von Alkohol als Problembewältigungsmittel zuläßt, können z.B. Arbeitsbelastungen dazu führen, daß der einzelne je nach Belastungsgrad und Bewältigungsfähigkeit auf bestimmte Situationen bevorzugt bzw. verstärkt mit Alkohol reagiert.

Nach Einschätzung des LANDESVERBANDES DER BETRIEBSKRANKENKASSEN NORDRHEIN–WESTFALEN (1991, S. 22) liegen potentiell alkoholkonsumfördernde Arbeitsbedingungen vor bei Arbeitsplätzen mit:

- Hoher psychischer Belastung bei gleichzeitig hohem Handlungsspielraum für die Betroffenen (Leitende Angestellte, Freiberufler, Wissenschaftler etc.)
- Psychischer Unterforderung mit gleichzeitig geringem Handlungsspielraum und geringen Möglichkeiten zur Selbstentfaltung.

- Monotonen Arbeitsabläufe mit gleichzeitig hohen Anforderungen an die Aufmerksamkeit.
- Häufig wechselnden Einsatzorten.
- Wechselnde Arbeitszeiten wie Schichtarbeit.

Aus anderen Untersuchungen lassen sich noch weitere Bedingungen ableiten, die zum Teil dem obigen Spannungsverhältnis zugeordnet werden können¹:

- Wechsel zwischen hoher Arbeitsdichte und langen Wartezeiten.
- Soziale Konflikte mit Vorgesetzten und Kollegen.
- Geringe kommunikative Anforderungen.
- Neue Kommunikationstechnologien.
- Automation und Arbeitsteilung.
- Mangelhafte Ernährung und Pausengestaltung.
- Falsche Anreizsysteme (Anerkennung und Belohnung mit und durch Alkohol).
- Physikalische Belastungen (staub- und / oder wärmeintensive Arbeitsbereiche).
- Fehlende Aufstiegsperspektiven.
- Unsichere oder unklare Arbeitsplatzperspektive.
- Repressiv-autoritäre Betriebsstruktur.
- Mangelnde Entspannungsmöglichkeiten.
- Und insbesondere betriebliche Trinksitten wie Feiern, gewohnheitsmäßiger Alkoholkonsum am Arbeitsplatz etc.

Die Bedeutung der arbeitstypischen Belastungen für den erhöhten Alkoholkonsum gilt als nachgewiesen. „Jedoch erweisen sich darüber hinaus die Häufigkeit sozialer Kontakte, Trinksitten und Griffnähe als moderierende Größen“ (RENN 1989, S. 43). Des Weiteren wird die Fähigkeit einer Person, mit Spannungen und problematischen Situationen umzugehen, als moderierender Faktor hervorgehoben. Ist diese Kompetenz vorhanden, wird Alkohol eben nicht zur Spannungsbewältigung eingesetzt (s. ebd., 1989, S. 43).

Auffallend ist, daß besonders Vorgesetzte als gefährdet eingestuft werden. Sie haben im Gegensatz zu Nichtvorgesetzten einen höheren Arbeitsdruck, größere Kompetenzprobleme und Hierarchiekonflikte. Neben solchen konsumfördernden Bedingungen haben Vorgesetzte auch häufiger soziale Kontakte, die zum erhöhten Alkoholkonsum stimulieren (vgl. THIELE / LAUBER 1986).

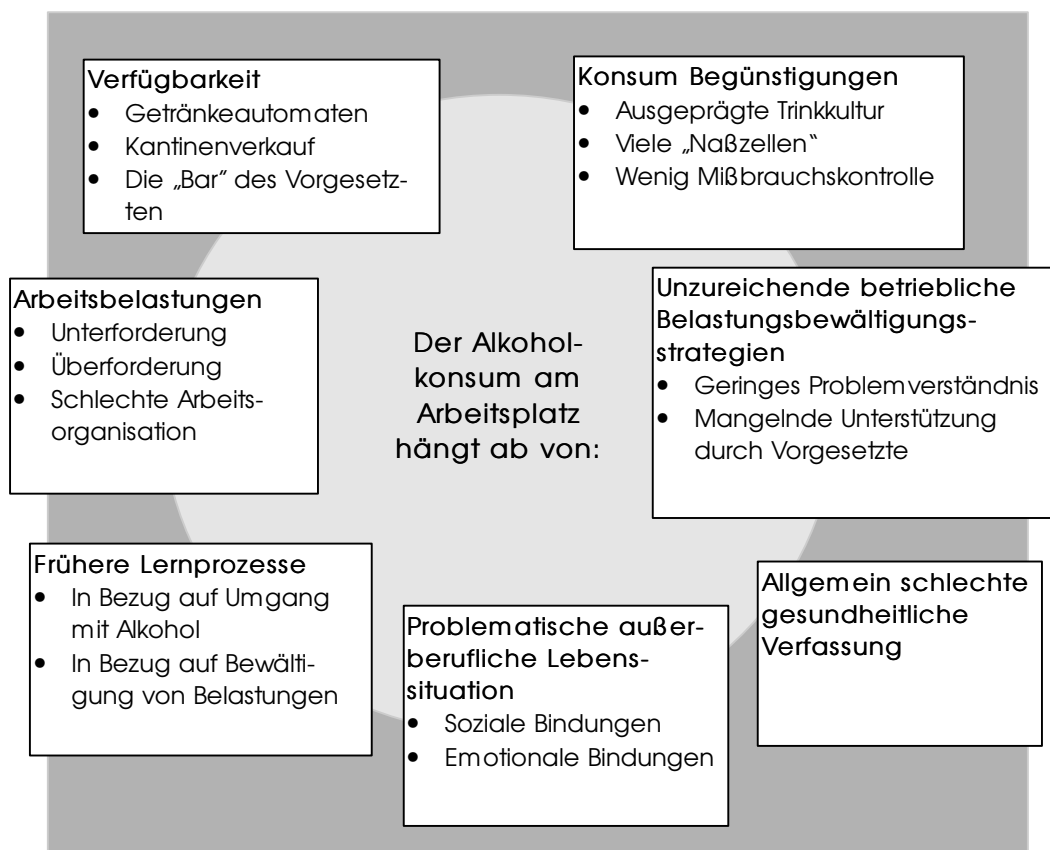
Von besonderer Relevanz für den Arbeitsplatz Hochschule ist, was LAUBER (1989, S. 503) die eher Konsum ermöglichenden Faktoren nennt. Zu

¹ RENN 1991, S.42 ff; Hexel 1983, S. 38 ff.

jenen gehören Merkmale wie eine geringe soziale Kontrolle bei Mitarbeitern mit hohem zeitlichen Entscheidungsspielraum bei der Ausführung ihrer Arbeiten oder eine bis zu einem gewissen Grad „unangreifbare“ Position bzw. eine sehr duldsame Umgebung.

BÜHRINGER (1987, S. 22) gibt in einer graphischen Darstellung einen guten Überblick über die auf den Arbeitsplatz bezogenen potentiell mißbrauchsfördernden Einflußfaktoren:

Darst. 10: Faktorenkomplex am Arbeitsplatz



Quelle: Bühringer 1987, S. 22

Bezogen auf die betriebliche Alkoholprävention sind die belastenden Arbeitsbedingungen die primären Einflußfaktoren auf den verstärkten Alkoholkonsum am Arbeitsplatz. Allerdings sind immer auch die sekundären Einflußgrößen, wie gesundheitliche Beschwerden oder psychosoziale Belastungen, zu berücksichtigen. Diese können die subjektive Anfälligkeit für die Arbeitsbelastung erhöhen.

5.2.1.2 Alkoholkonsumhemmende Arbeitsbedingungen

Die Anzahl der alkoholkonsumhemmenden Arbeitsbedingungen, auf die THIELE und LAUßER (s.1986, S. 60 f) hinweisen, bleiben weit hinter der Zahl der fördernden Faktoren zurück:

- Arbeitsplatz mit angemessenen Anforderungen,
- Nähe des Vorgesetzten,
- Zusammenarbeit (auch räumlich) mit mehr als vier Kollegen,
- Publikumsverkehr und
- regelmäßige Arbeitsbesprechungen.¹

Abschließend läßt sich also feststellen, daß Betriebe, Verwaltungen und Hochschulen mit ihren spezifischen Arbeitsstrukturen und –bedingungen ein erheblicher Faktor sind, der Alkoholabhängigkeit fördern, aber auch hemmen kann. Der Alkoholkonsum ist im allgemeinen um so häufiger je toleranter die Einstellung des Betriebes oder der einzelnen Abteilungen gegenüber dem Alkoholkonsum während der Arbeitszeit ist. Je mehr Vorgesetzte während der Arbeitszeit Alkohol nicht nur tolerieren, sondern selbst konsumieren und je häufiger am Arbeitsplatz Gruppendruck hinsichtlich des Alkoholkonsums ausgeübt wird, desto mehr wird getrunken (vgl. DHS 1990, S. 17f). Außerdem ist die alltägliche Verfügbarkeit von Bedeutung.

Die dargestellte Vielfalt der konsumfördernden und konsumhemmenden Faktoren zeigt einen Handlungsbedarf, der jedoch zweckmäßigerweise auf die individuelle Situation eines Betriebes ausgerichtet sein muß. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, daß nicht einzelne Faktoren für sich genommen konsumrelevant sind, sondern im Ganzen und in der systemischen Wechselbeziehung den Alkoholkonsum beeinflussen.

5.3 Soziofunktionale Faktoren

Für die Befriedigung regressiver Bedürfnisse „... nach Nähe, Intimität, Zärtlichkeit und weiterer systemübergreifender (absoluten) Bedürfnisse“ (DÖRNER / PLOG 1980, S. 215) im zwischenmenschlichen Bereich ist in einer Gesellschaft mit ausgeprägtem Konkurrenz- und Leistungsverhalten wenig Platz. Demgegenüber steht das Anpassungsbedürfnis des einzelnen Individuums an die gesellschaftlichen Normen. Diese antagonistischen Merkmale moderner Gesellschaften erzeugen grundsätzlich innere Spannungen und Ängste. Wie STIMMER schreibt, hat der Alkohol nach BACON (1962) eine integrative Funktion: Ängste, Hemmungen und Aggressionen können unterdrückt werden. „Für das Trinkverhalten leitet

¹ Die Problemfixierung verhindert m. E. den Blick auf konsumhemmende Arbeitsbedingungen. Ich gehe davon aus, daß diese Fixierung zukünftig durch den auf Ressourcen orientierten Ansatz der Gesundheitsförderung aufzulösen ist.

BACON daraus ab, daß in großen Bereichen (Freizeit etwa) zwar das Trinken der sozialen Kontrolle mehr oder weniger entzogen sei, daß darüber hinaus aber durch den Alkoholkonsum in zeremonieller Form eine integrative Funktion ausgeübt werde, die die Vergesellschaftung fördere – Alkohol quasi als Kitt, der unsere soziale Welt ‘im Innersten zusammenhält’” (ebd. 1978, S. 61). Diese Bedürfnisse werden besonders durch die Werbung aufgegriffen und zu einer apersonalen Ersatzbefriedigung im Konsum gebracht. Die Stimulierung von Bedürfnissen, die dann durch den angebotenen Ersatz letztlich unbefriedigt bleiben, ist ein wichtiger Faktor bei der Entwicklung einer süchtigen Fehlhaltung. Der aus der Konkurrenzhaltung erwachsene gesellschaftliche Zwang zu kontrollierter Bewußtheit, einer Rationalisierung, die darauf abzielt, das Verhalten von Menschen berechenbar, selbstkontrolliert und rational planbar zu machen, verleiht dem Alkohol mit seiner affektlösenden Wirkung eine system–funktionale Bedeutung. So ergaben sich bei einer Umfrage u. a. folgende positive Antworten:

- „Alkohol bewirkt, daß man sich in Gesellschaft eher wohl fühlt.
(87 %)
- Alkohol erleichtert den Kontakt mit Leuten, die man noch nicht kennt.
(77 %)
- Durch Alkohol ist man humorvoller, einfallsreicher, witziger.
(73 %)

Diese ‘Gemütlichkeitsfunktion’, eine aus Erhöhung der Gruppenkohäsion, Verdrängung von bedrückenden Alltagssituationen und Freisetzung sonst zurückhaltender Affekte gemischte Wirkungsbedeutung rechtfertigt, auf der mikrosozialen Ebene im Alkoholkonsum einen gesellschaftlichen Integrationsmechanismus zu sehen” (LEGNARDO 1981, S. 94). Für die intimitätsgehemmten, aber regressiv bedürftigen Alkoholiker stellt diese pathogene gesellschaftliche Situation sowohl in der Suchtgenese als auch in der Rehabilitation ein besonderes Problem dar. SCHMIDBAUER (1982, S. 20–24) geht noch einen Schritt weiter und bezeichnet typische vorherrschende Verhaltensweisen in der Gesellschaft bereits (zumindest metaphorisch) als süchtig, womit eine einzelne sich entwickelnde süchtige Fehlhaltung auch gesellschaftliche Vorbilder reproduzieren würde. Hierzu gehört in seinen Augen vor allem das Festhalten an wirtschaftlichem Wachstum um jeden Preis und die Ausbeutung der Natur gegenüber offensichtlichen ökologischen Notwendigkeiten und deren Verleugnung.

5.4 Intentionale Faktoren

Bei den intentionalen Faktoren fragen wir nach den Intentionen eines Individuums, die letztlich zur Alkoholabhängigkeit führen. STIMMER (1978, S. 62) verweist darauf, daß intentionale Faktoren in der soziologi-

schen Alkoholismusforschung bisher, was die Zahl der Untersuchungen angeht, von recht untergeordneter Bedeutung sind. In diesem Zusammenhang sei kurz auf die Untersuchung von Wüthrich (1974) „Zur Soziogenese des chronischen Alkoholismus“ eingegangen. Auf dem Hintergrund des theoretischen Konzepts einer ‘verstehenden Soziologie’ sieht Wüthrich die Soziogenese des chronischen Alkoholismus bestimmt durch ein Zusammenwirken von drei Faktorengruppen, dem unzureichenden Erwerb grundlegender Handlungsmuster, dem Vorhandensein eines gesellschaftlichen Konfliktpotentials und den Trinksitten als Teil der symbolischen Sinnwelten. WÜTHRICH formuliert folgende Thesen:

- „Die im Sozialisationsprozeß erworbenen grundlegenden Handlungsmuster sind ausschlaggebend dafür, wie erfolgreich das Individuum bei der Teilnahme an alltäglichen Interaktionen ist. Alkoholiker weisen in ihrer Interaktionsfähigkeit spezifische Mängel auf....
- Je höher das Konfliktpotential in einer Gesellschaft ist, desto wahrscheinlicher ist die Entwicklung von Techniken der Spannungsreduktion mit Hilfe von Alkohol, sofern dieser kulturell als geeignetes Mittel dazu angesehen wird....
- In unserer Kultur sind öffentliche Trinksitten Bestandteile der ‘offiziellen’ symbolischen Sinnwelten konform handelnder Menschen. Wer diese Trinksitten verletzt, vergeht sich gleichzeitig gegen die Wirklichkeitsbestimmungen seiner sozialen Umgebung und muß mit negativen Sanktionen rechnen. Wer – gemessen an den Trinknormen – fortgesetzt ‘zu viel’ trinkt, wird mit dem Stigma des Alkoholikers belegt...” (ebd. 1974, S. 5 f).

Auf die Intention des Individuums wird im Rahmen der psychologischen Aspekte näher eingegangen.

6 Auswirkungen des Alkoholismus

Im folgenden Abschnitt werden die persönlichen und die betrieblichen Konsequenzen erörtert, da sie als wichtige Strukturelemente eines Unternehmens gelten. Außerbetriebliche und gesellschaftliche Konsequenzen des Alkoholismus sind zwar in ihrer Summe erheblich, werden aber hier nicht aufgezeigt.

6.1 Persönliche Konsequenzen

In erster Linie hat die Alkoholabhängigkeit Auswirkungen für den Betroffenen selbst. Die ihn betreffenden gesundheitlichen und sozialen Folgen können aber Ausgangspunkt für betriebliche Folgen sein.

Alkoholismus führt sowohl zu körperlichen als auch zu psychischen Störungen und Schäden:

1. ist Alkohol ein Zellgift,
2. wird für die Beseitigung des Alkohols aus dem Körper Energie verbraucht, die den Organen für ihre eigentliche Tätigkeit fehlt,
3. bringt der Alkohol eine Fehlernährung des Körpers mit sich und
4. schädigen hochgiftige Stoffe, die beim Abbau des Alkohols in der Leber entstehen, die Nervenzellen und anderes Körpergewebe (vgl. SCHNEIDER 1989, S. 103).

Alkohol beeinflusst zudem Körperfunktionen und Verhalten, wie z.B. Reaktionsvermögen, Aufmerksamkeit, Gleichgewicht, Sehvermögen, Schlaf, aber auch die psychische Verfassung in Form von verringerter Selbstkontrolle, herabgesetzter Kritikfähigkeit und mangelndem Konzentrationsvermögen. Die psychischen und körperlichen Folgen unkontrollierten Alkoholgenusses sind um so schwerwiegender, je früher damit begonnen wird (vgl. STIMMER 1978). Die Lebenserwartung eines Alkoholikers im Vergleich zum Nichtalkoholiker wird nach SCHNEIDER (1989, S. 127) um ungefähr 15% verringert. Auf weitere gesundheitliche Folgen wurde an anderer Stelle bereits hingewiesen.

Alkoholismus führt zu Störungen in zwischenmenschlichen Beziehungen mit negativen Folgen für das soziale Umfeld des Alkoholikers. Weil in erster Linie die Familie betroffen ist, wird Alkoholabhängigkeit auch Familienkrankheit genannt. Nach Schätzungen sind fast 10% aller bundesdeutschen Familien vom Alkoholproblem betroffen. Der Alkoholmißbrauch führt die Familien in zahlreiche mikro- und makrosoziologische Konflikte (vgl. SCHMIDT 1988, S. 149). Die Verschiebung des sozialen Gefüges, wirtschaftliche Probleme, Konflikte und Gewalttätigkeiten prägen das Familienleben. Jede dritte bis vierte Ehescheidung wird wegen Alkoholmißbrauch ausgesprochen (vgl. SCHNEIDER 1989, S. 119). Die Bindungen zum Freundeskreis und zu Arbeitskollegen, alle sozialen Beziehungen werden durch die Abhängigkeit geprägt. Am Ende der 'Suchtkarriere' steht meist nicht nur der körperliche, sondern auch der soziale Zusammenbruch mit Verlust von Ehepartner, Kindern, Freunden und Arbeitsplatz.

6.2 Betriebliche und dienstliche Konsequenzen

In dieser Arbeit stehen die betrieblichen, bzw. bezogen auf die Universität als behördliche Einrichtung, die dienstlichen Konsequenzen im Vordergrund. Über behördliche Einrichtungen im allgemeinen und Universitäten im besonderen gibt es keine gesonderten Daten. Die Auswirkungen des Alkoholismus waren in den vergangenen Jahren für Wirtschaftsunterneh-

men nicht zuletzt unter ökonomischen Gesichtspunkten von Bedeutung. Für die Non-Profit-Unternehmen hatte diese Sichtweise des Problems keine Relevanz. Deshalb gibt es nach meiner Erkenntnis keine wissenschaftlichen Untersuchungen oder seriösen Berechnungen der Folgekosten, die sich auf behördliche Einrichtungen beziehen. Die im folgenden angeführten Daten und Betrachtungen sind folglich nicht ohne weiteres auf den Gegenstand dieser Arbeit zu übertragen.

6.2.1 Verbreitung des Alkoholismus unter Arbeitnehmern

Bis Mitte der 80er Jahre galt Alkohol noch als Droge des 'kleinen Mannes'. Typisch war das Bild des Maurers, der seinen „Putz mit Bier anmischte“. Inzwischen steht fest, daß Alkoholabhängigkeit kein schichtspezifisches Phänomen ist und in den Vorstandsetagen, den Verwaltungen und Büros ebenso verbreitet ist wie auf den Baustellen und in den Werkhallen. Mein persönlicher Eindruck ist, daß durch den zunehmenden Leistungs- und Akkorddruck in den Produktionen, nicht zuletzt auch wegen der Unfallgefahren und der Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes, immer weniger getrunken wird, während der Alkoholkonsum in den Büros eher gleich geblieben ist.

Übereinstimmend wird in der Literatur davon ausgegangen, daß mindestens 5% der Beschäftigten in der Bundesrepublik Deutschland alkoholkrank sind. Jeder zwölfte Manager der oberen Führungsebene gilt als alkoholkrank (vgl. BACH 1990, S. 9). Ich habe auch schon Prozentsätze gelesen, die sich zwischen 15% und 20% bewegen. CHRISTIANS (s. 1990, S. 11) geht von 8% kranken Arbeitnehmern aus und von einem noch höheren Prozentsatz in Führungspositionen und Spitzenberufen. Die DHS (1990) geht darüber hinaus davon aus, daß mindestens 10% aller Beschäftigten in der Bundesrepublik Deutschland als alkoholgefährdet betrachtet werden müssen. Der reale Wert hängt vom Durchschnittsalter und der Zusammensetzung der Belegschaft ab. Nur 5% der Arbeitnehmer leben abstinent. Daraus resultiert, daß jeder siebte Beschäftigte massive Alkoholprobleme hat.

Alle Zahlen beruhen auf Schätzungen der jeweiligen Autoren und sind mit äußerster Zurückhaltung zu behandeln. Sie sind in keiner Weise durch Untersuchungen belegt. An dieser Stelle sei noch der Hinweis auf die seit mehreren Jahren hohe Zahl von Arbeitslosen hingewiesen. Bei dieser Personengruppe ist der Alkoholmißbrauch besonders hoch.¹ Abgesehen von der menschlichen Tragödie gehen dem Arbeitsmarkt qualifizierte Arbeits-

¹ Einen Hinweis auf den Zusammenhang von Erwerbslosigkeit und Sucht geben folgende Zahlen aus den bundesweiten Dokumentationssystemen EBIS (für ambulante Hilfen im Suchtbereich) und SEDOS (für stationäre Angebote). Danach betrug 1995 die Quote der Erwerbslosen bei SEDOS 48,6%. Die Zahlen bei EBIS nennen 30% Erwerbslose (vgl. DHS 1996, S. 147).

kräfte verloren. Besonders gefährdet sind Jugendliche, die erst gar keinen Arbeitsplatz finden.

Durch repräsentative Umfragen ist nachgewiesen, daß 52% aller Berufstätigen zumindest gelegentlich und 11% fast täglich am Arbeitsplatz Alkohol konsumieren (vgl. ZIEGLER 1988, S. 526). Diese Zahlen zeigen, daß zumindest davon auszugehen ist, daß ein beträchtlicher Anteil der Arbeitnehmer während der Arbeitszeit alkoholisiert ist, sei es aus gelegentlichem Anlaß oder als Folge eines chronischen Alkoholproblems.

Das Alkoholproblem betrifft zwar alle Hierarchiestufen eines Betriebes, es ist jedoch in den verschiedenen Betriebsbereichen unterschiedlich ausgeprägt. Trinkmuster und Trinknormen wechseln von Abteilung zu Abteilung. So ist festzustellen, daß in Abteilungen, in denen mehr getrunken wird als in den übrigen Betriebsbereichen, häufig größere Alkoholprobleme vorhanden sind, die jedoch erst sehr spät auffällig werden. Die Ursache liegt darin, daß in Gruppen, die sich durch Alkoholkonsum während der Arbeitszeit auszeichnen, die Sensibilität für Alkoholismus deutlich geringer ist als in 'trockenen' Betrieben, wo Mitarbeiter mit akuten Alkoholproblemen deutlich auffallen (vgl. WILKE / ZIEGLER 1986, S. 7). Diese Einschätzung deckt sich mit meiner Erfahrung, daß sich um einen sehr problematischen Alkoholkonsumenten oder Abhängigen einige 'Mittrinker' gruppieren. Ich bezeichne diese betrieblichen Teilbereiche als „Tankstellen“. Sie verfügen meist über eine langjährige und ausgeprägte Trinkkultur. Häufig wird das problematische Trinkverhalten eines Mitarbeiters erst deutlich, wenn die Abteilung einen neuen Vorgesetzten oder Mitarbeiter erhält, der sich den Trinknormen nicht anpaßt.

6.2.2 Ökonomische Auswirkungen

Die Unternehmensberater in Sachen Alkoholprävention haben in den letzten 15 Jahren Daten veröffentlicht, die in erster Linie dazu dienen, Betriebe von der Notwendigkeit und dem Nutzen eines Suchtpräventionsprogrammes zu überzeugen. Wenn man sich die einschlägige Literatur anschaut, tauchen immer dieselben Zahlen auf. Kaum eine dieser Daten läßt sich wirklich durch eine seriöse Untersuchung belegen. Deshalb werden im folgenden einige allgemein bekannte Kriterien aufgelistet, die einen nachvollziehbaren Hinweis auf die ökonomischen Auswirkungen geben:

Fehlzeiten

Durch langjährigen Alkoholmißbrauch steigt die Krankheitsanfälligkeit. Wochenenden werden verlängert, um den 'Rausch' auszuschlafen. Häufigere Abwesenheit vom Arbeitsplatz auf der Suche nach 'Trinkgelegenheiten'.

Arbeitsunfälle

Körperkoordinationsfähigkeit und Wahrnehmungsfähigkeit sind durch den Alkoholkonsum je nach Menge beeinträchtigt.

Die euphorisierende Wirkung trübt die Selbsteinschätzung und verleitet zu risikoreichen Handlungen.

Fehlentscheidungen

Alkohol als „Schmiermittel“ bei geschäftlichen Verhandlungen führt nicht immer und für alle zu lukrativen Abschlüssen. Das getrübte Bewußtsein und die schon erwähnte euphorisierende Wirkung verleiten zu Fehlentscheidungen, die für einen Betrieb erhebliche Kosten verursachen.

Betriebsklima

Ein Alkoholabhängiger kann die soziale Dynamik einer ganzen Abteilung prägen. Alle spielen das Alkoholikerspiel und übernehmen die dazugehörigen Rollen: Retter, Verfolger, Opfer etc. (vgl. BERNE 1979). Eine 'normale' Kommunikation, wie man sie zwischen erwachsenen Menschen erwartet, ist nicht möglich. Das Spiel kann leider sehr lange gespielt werden, ohne daß irgendein Beteiligter das wirkliche Spielziel kennt: Es gibt nur Verlierer! LENFERS (s. 1988, S. 48) meint dazu, daß die Gegenwart von Alkohol bzw. alkoholisierten Beschäftigten die Corporate Identity bzw. die Corporate Culture schädigt.

6.2.3 Arbeitsrechtliche Folgen

Seit der Anerkennung als Krankheit findet der Alkoholismus auch im Arbeitsrecht seinen Niederschlag. Die folgende Erörterung konzentriert sich auf die individualrechtlich möglichen Maßnahmen des Arbeitgebers für die Mitarbeiter des öffentlichen Dienstes.

6.2.3.1 Disziplinarmaßnahmen bei Beamten

Sollen Alkoholverfehlungen von Beamten zum Aufbau des 'Konstruktiven Leidensdrucks' zu dienstrechtlichen Konsequenzen führen, gilt als rechtliche Grundlage die Bundesdisziplinarordnung (BDO). Bei der Entscheidung über Disziplinarmaßnahmen ist in jedem Fall die Besonderheit des Einzelfalles zu berücksichtigen. „Bei der disziplinarischen Bewertung hat der Dienstvorgesetzte die den Disziplinarmaßnahmen zukommende Einstufungsfunktion zu beachten. Das bedeutet, daß die Disziplinarmaßnahmen in angemessenem Verhältnis zur Schwere der Tat stehen müssen. Die Entscheidung darüber, welche in der BDO vorgesehenen Maßnahmen (z.B. Verweis, Geldbuße oder Gehaltskürzung) ihrer Art nach als ange-

messen anzusehen sind, richtet sich in erster Linie nach dem Gewicht des Dienstvergehens" (CLAUSSEN / CZAPSKI 1991, S. 46). Neben den Verweisen, der Geldbuße und der Gehaltskürzung sieht die BDO besonders im Wiederholungsfalle die Degradierung, die Dienstentfernung und die Aberkennung des Ruhegehalts vor. Zu einer Dienstentfernung kann es dann kommen, wenn ein Beamter durch die Verweigerung einer Alkoholentziehungskur seine dauerhafte Dienstunfähigkeit herbeiführt (vgl. CLAUSSEN / CZAPSKI 1991, S. 50). Die BDO besagt, „daß bei Erfolglosigkeit einer Disziplinarmaßnahme eine erneute Verfehlung grundsätzlich mit einer härteren Disziplinarmaßnahme geahndet werden muß, da nur so dem Erziehungszweck der Disziplinarmaßnahme ausreichend Rechnung getragen werden kann" (CLAUSSEN / CZAPSKI 1991, S. 47). Die Anwendung dieses Grundsatzes weist auf ein stufenweises Vorgehen hin, wie es sich im später vorgestellten Handlungskonzept für die Universität wiederfindet.

6.2.3.2 Maßnahmen für Arbeiter und Angestellte

„Nachdem in den Tarifverträgen für den öffentlichen Dienst Ordnungs- oder Dienststrafen gegen Angestellte und Arbeiter nicht mehr vorgesehen sind, bleibt dem Arbeitgeber in Wahrnehmung des ihm zustehenden vertraglichen Rügerechts bei Verletzungen arbeitsvertraglicher Pflichten die Möglichkeit, den Arbeitnehmer abzumahnern oder – soweit die Voraussetzungen hierfür gegeben sind – die Kündigung auszusprechen. Die Kündigung kann hierbei verbunden werden mit dem Angebot, das Arbeitsverhältnis zu geänderten Bedingungen fortzusetzen (Änderungskündigung)" (CLAUSSEN / CZAPSKI 1991, S. 59). Der Kündigung muß mindestens eine Abmahnung vorausgegangen sein, die auf die Gefährdung von Inhalt und Bestand des Arbeitsverhältnisses bei künftig gleichliegenden Vertragsverletzungen hinweist (vgl. CLAUSSEN / CZAPSKI 1991, S. 60). Das Recht auf Kündigung kann der Arbeitgeber verwirken, wenn er, bezogen auf das Verhalten des Arbeitnehmers, längere Zeit untätig geblieben ist, oder für den Arbeitnehmer nicht erkennbar war, daß der Arbeitgeber beabsichtigt, von seinem Kündigungsrecht Gebrauch zu machen (vgl. CLAUSSEN / CZAPSKI 1991, S. 61). Bezogen auf suchtkranke Mitarbeiter bedeutet dieser Hinweis, daß ein Vorgehen des Arbeitgebers unter Berücksichtigung der Krankheitsmerkmale – illusionäre Wirklichkeitswahrnehmung und der fehlenden Krankheitseinsicht – eindeutig und für den Betroffenen nachvollziehbar sein muß.

7 Zusammenfassung

Im ersten Teil der vorliegenden Arbeit wurde aufgezeigt, daß Alkoholismus eine Sucht ist und die Übergänge vom Alkoholgebrauch zum Alkoholmißbrauch hin zur Alkoholabhängigkeit fließend sind. Von der Suchtproble-

matik sind nicht nur die Alkoholkranken selbst betroffen, sondern das gesamte soziale Umfeld. Für die Suchtentwicklung ist das Verschleiern der Problematik durch co-abhängiges Verhalten von außerordentlicher Bedeutung.

Bestimmungsfaktoren für die Entwicklung zum Alkoholiker sind: die legale Droge Alkohol, die Persönlichkeit selbst und das soziale Umfeld. In Bezug auf den Alkoholismus muß von einem multikonditionalen Entstehungsmodell gesprochen werden, das keine eindeutigen Rückschlüsse auf eine einzige Entstehungsbedingung zuläßt. Eine exakte Erkrankungsvorhersage ist nicht möglich. Jeder, der Alkohol trinkt, kann alkoholkrank werden.

Für die Strukturierung der Alkoholkrankheit waren die Arbeiten von JELLINEK wegweisend. Er unterteilt den Krankheitsverlauf in vier Phasen und bietet zur weiteren Differenzierung die Unterscheidung zwischen fünf unterschiedlichen Trinkertypen an. Seine Arbeiten sind aus den 50er Jahren. Heute bemüht man sich, zum Beispiel mit Hilfe des ICD 10¹, einer differenzierteren Diagnostik. MÜHLBAUER hat entsprechend dem Jellinekschen Modell auf den betrieblichen Bereich bezogene Phasen entwickelt. Mit Hilfe seiner drei Phasen ist es möglich, die Entwicklung der Abhängigen durch ihr Verhalten am Arbeitsplatz zu erkennen.

Die Anerkennung des Alkoholismus als behandlungsbedürftige Krankheit im Sinne der RVO war ein wichtiger Schritt zur gesellschaftlichen Enttabuisierung und ermöglichte offensivere Unterstützungsstrategien. Das zunehmende Wissen über die negativen Auswirkungen des Alkoholmißbrauchs für den Betroffenen selbst, sein unmittelbares Umfeld und seine Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz führte erst in den USA und in den 80er Jahren auch in Deutschland dazu, Präventionsprogramme zu entwickeln. Als besonders erfolgreich erwiesen sich die betrieblichen Hilfeprogramme, auf die im nächsten Teil näher eingegangen wird.

¹ Internationale Klassifikation psychischer Störungen der WHO. Siehe DILLING u.a. 1993.

TEIL II Programme und Probleme betrieblicher Alkoholprävention

Der Arbeitsplatz ist nicht nur ein Ort der Entstehung und Entwicklung von Alkoholismus, sondern er bietet auch die Möglichkeit, die Alkoholabhängigkeit zu begrenzen, zu verringern und im Optimalfall zu beseitigen. Da sich Arbeitnehmer etwa acht Stunden am Arbeitsplatz aufhalten, ist auch der zeitliche Rahmen für präventive Maßnahmen in ihm gegeben. In der Bundesrepublik beschäftigen sich ca. 1.000 Betriebe und Verwaltungen mit den Suchtproblemen ihrer Mitarbeiter und wie sich diese beheben lassen (vgl. ZIEGLER 1990, S. 460). Um Unfälle zu verhüten, aber vor allem, um das ökonomische Leistungspotential zu erhalten, versuchen diese Betriebe den Alkoholkonsum ihrer Mitarbeiter zumindest am Arbeitsplatz zu vermindern und Hilfe für Betroffene zu ermöglichen. Zudem gilt die Durchführung eines Alkoholpräventionsprogrammes für viele Unternehmen als Ausdruck eines guten Führungsstils (vgl. SCHMIDT 1988, S. 248).

In diesem Teil der Arbeit wird nach einer Klärung des Begriffs 'Hilfeprogramme' und einem kurzen historischen Exkurs auf die Gründe und Ziele einer betrieblichen Alkoholprävention eingegangen. Anschließend wird dargestellt, wie sich ein Suchtpräventionsprogramm modellhaft aufbaut, um dann näher auf den Ablauf von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention einzugehen. Da Universitäten Einrichtungen des öffentlichen Dienstes sind und die gesetzlichen Grundlagen bei der Umsetzung eines Präventionsprogrammes berücksichtigt werden müssen, wird der Teil II mit dem Hinweis auf die Besonderheiten des öffentlichen Dienstes abgeschlossen.

1 Begriffsklärung

Das Wort Programm kommt aus dem Griechischen und bedeutet schriftliche Bekanntmachung oder Tagesordnung. Heute verstehen wir darunter eine festgelegte Folge von planbaren Ereignissen. Programm ist sicher auch eine zutreffende Bezeichnung für das eben nicht zufällige Verfahren in Unternehmen und Verwaltungen, Konzepte für den konstruktiven Umgang mit Suchtproblemen zu entwickeln und umzusetzen.

Prävention umfaßt sowohl Krankheitsvorbeugung, Rehabilitation als auch Gesundheitserziehung (vgl. KIELSTEIN 1990, S. 17). Ihre Anwendung ist besonders erfolgversprechend, wenn ein eindeutig definierbares, zeitlich begrenztes Ereignis mit dem zugehörigen Ursache – Wirkungszusam-

menhang deutlich ist. Unter Berücksichtigung der multifaktorellen Ätiologie des Alkoholismus ist jedoch zu fordern, daß eine Alkoholprävention besonders hohen Anforderungen genügen muß. CAPLAN (1964) differenziert in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention. Primärprävention richtet sich an alle Arbeitnehmer, um das Entstehen der Krankheit zu verhindern. Sekundärprävention richtet sich an die akut oder manifest Alkoholgefährdeten. Primär- und Sekundärprävention bilden traditionell den Kern betrieblicher Hilfeprogramme, die zum Ziel haben, das Auftreten der Krankheit zu verhindern bzw. die Erkrankung frühzeitig zu erkennen und zum Stillstand zu bringen (vgl. MÜHLBAUER 1986, S. 102). Die Tertiärprävention bezieht sich auf trockene Alkoholiker und deren Umfeld mit dem Ziel, einem erneuten Ausbrechen der Krankheit vorzubeugen.

2 Geschichte betrieblicher Hilfeprogramme

In den USA existieren betriebliche Alkoholprogramme seit den fünfziger Jahren. Die Initiative ging von der starken Abstinenzbewegung und den Anonymen Alkoholikern aus. Auf diese Entwicklung soll hier jedoch nicht weiter eingegangen werden. In der Bundesrepublik Deutschland geht die Entwicklung auf die betriebliche Sozialarbeit zurück, die in einigen deutschen Großunternehmen Tradition hat. Mitarbeiter erhalten im Sinne der Einzelfallhilfe Unterstützung in schwierigen Lebensfragen. Ein wichtiger Teil der Tätigkeit von innerbetrieblichen Sozialarbeitern ist die Unterstützung von Mitarbeitern mit Suchtproblemen (vgl. DIETZE 1992, S. 69). Im Laufe der Jahre entwickelte sich viel praktisches Wissen darüber, wie derartige Fälle gehandhabt und im Idealfall bewältigt werden können. Als einzeln Handelnde wurden die Sozialarbeiter in das süchtige System involviert und nicht selten zwischen den unterschiedlichen Erwartungen aufgerieben. DIETZE weist auf folgende Probleme betrieblicher Sozialarbeit hin, die einer erfolgreichen Suchtarbeit im Wege standen:

- „Ihr Klientel besteht traditionell fast ausschließlich aus Mitarbeitern der unteren Lohngruppen. Will man nun die Suchtproblematik in Angriff nehmen, muß die Zielgruppe ausgedehnt werden, da bekannt (und nicht selten offensichtlich) ist, daß auch die höheren Hierarchie-Ebenen betroffen, also beratungsbedürftig sind.
- Bis heute ist die Inanspruchnahme von Sozialberatung oder womöglich Suchtberatung jedoch noch so stigmatisiert, daß keine Führungskraft es mit ihrem Image vereinbaren kann, hier gesehen zu werden.
- Die betrieblichen Sozialarbeiter haben einen Status, der in keinem Verhältnis zu ihrer Qualität und Bedeutung ihrer Arbeit steht. In der Praxis heißt dies bisher leider, ihre Möglichkeiten, auf betriebliche Bedingungen und auf Vorgesetzte und Kollegen von Betroffenen einzuwirken,

deren Verhalten ein Teil des Problems darstellt, sind äußerst beschränkt" (ebd. 1992, S. 69f).

Durch die Einführung eines Programmes löste man sich vom Einzelfallhandeln. Das entsprach einer systemischen Sichtweise der Suchtproblematik und wertete das professionelle Handeln der im Rahmen des Programmes tätigen Sozialarbeiter auf. Immerhin ist die Entscheidung, ein Hilfeprogramm durchzuführen, in den meisten Unternehmen „Chefsache" (eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg einer betrieblichen Suchtprävention). Nur wenn auf höchster Hierarchie-Ebene eine positive Entscheidung für die Einführung eines Hilfeprogrammes getroffen wurde, kann man davon ausgehen, daß sich alle ernsthaft mit dem Problem auseinandersetzen.

3 Gründe und Ziele für eine betriebliche Alkoholprävention

Auf die Gründe ist schon verschiedentlich eingegangen worden. Hier sei noch einmal besonders auf die Fürsorgepflicht¹ des Betriebes gegenüber seinen Mitarbeitern hingewiesen. Neben den ökonomischen Einbußen durch den Alkoholismus lassen sich noch folgende Aspekte nennen:

- Sicherheitsaspekte,
- Unfälle durch Alkoholeinfluß,
- Entlassungen wegen wiederholtem Alkoholmißbrauch,
- mittelbare oder unmittelbare Betroffenheit von Personalverantwortlichen und Betriebs- bzw. Personalrat,
- Initiativen von Betroffenen,
- Diskussion in den Medien,
- veränderte Rechtsprechung,
- zunehmende Sensibilisierung für das Alkoholproblem,
- vermehrtes Auftreten von Problemfällen, die ein Alkoholproblem vermuten lassen,
- Verschlechterung des Arbeitsklimas und des Abteilungs- bzw. Betriebssimages,
- Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Arbeitsbedingungen.²

Außerdem gelten behandelte und abstinent lebende Alkoholiker als überdurchschnittlich motivierte, betriebstreue und zuverlässige Mitarbeiter.

¹ Die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers ist erstmals erwähnt im Handelsgesetzbuch (Erstausgabe 10.05.1897) § 62. Weitere und genauere Ausführungen dazu finden sich im BtrVG (Betriebsverfassungsgesetz) §§ 81 – 83 und § 88.

² Vgl. dazu ZIEGLER 1986, S. 41 f; 1987, S. 35; 1988, S. 527; 1990, S. 460.

RIETH (s. 1981, S. 115) spricht von Firmen, die solche Mitarbeiter bevorzugt einstellen. Mit jedem weiterbeschäftigten trockenen Alkoholiker erhält sich der Betrieb die Erfahrung und Produktivität eines eingearbeiteten Mitarbeiters, aber auch die 'Fachkompetenz' zur Alkoholproblematik. Diese Faktoren können wiederum als Multiplikatoren für Hilfeprogramme eingesetzt werden. Im Ergebnis ist dies ein deutlicher Teil präventiver Sozialpolitik im Betrieb.

Das Hauptziel betrieblicher Hilfeprogramme besteht darin, den Alkoholismus sowie seine Folgen zu reduzieren und Hilfestellung für betroffene Mitarbeiter zu geben. Dafür bietet der Arbeitsplatz wie schon mal erwähnt, mit seiner hohen zeitlichen und räumlichen Konzentration ideale Bedingungen. So kommt der betrieblichen Arbeitswelt ein hoher Stellenwert für den Behandlungserfolg und eine alkoholfreie Lebensweise zu (vgl. WILKE / ZIEGLER 1986, S. 16).

In einer Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung können, je nach Intention des betrieblichen Präventionsprogrammes, weitere Nebenziele festgelegt werden:

- Information der Mitarbeiter über das Alkoholproblem und seine Konsequenzen,
- Schulung und Weiterbildung der Vorgesetzten,
- Ausbildung von Suchtkrankenhelfern,
- Handlungsgrundsätze für den Umgang mit Problemfällen (Stufenplan),
- arbeitsrechtliche Absicherung von präventiven Maßnahmen,
- Verbesserung der Arbeitsbedingungen,
- Verbesserung der sozialen Kompetenz der Mitarbeiter und Vorgesetzten.¹

4 Aufbau eines Suchtpräventionsprogrammes

Hier soll der allgemeine Ablauf eines Suchtpräventionsprogrammes dargestellt werden, wie er in den vergangenen 10 – 15 Jahren diskutiert und in vielen Unternehmen und Verwaltungen umgesetzt wurde.² Die Aktivitäten im Rahmen eines Suchtpräventionsprogrammes sind in vier Themenbereichen zusammengefaßt: dem Arbeitskreis, der Suchtkrankenhilfe, der Verfügbarkeit von Alkohol und der Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung. Ihre wesentlichen Merkmale sollen im folgenden dargelegt werden.

¹ Vgl. dazu ZIEGLER 1986, S. 43; 1987, S. 36; 1988, S. 527; 1990, S. 461.

² Vgl. insbesondere DHS 1990; MÜHLBAUER 1986; RUßLAND / PLOGSTEDT 1986; LAUSSER u. a. 1986; Lippmann u. a. 1988; Dietze 1992.

4.1 Arbeitskreis

Die Bildung eines Arbeitskreises wird als grundlegender Schritt angesehen. Er ist eine Hauptvoraussetzung für die Umsetzung eines integrativen Konzeptes zur betrieblichen Alkoholprävention (vgl. LAUSSER u.a. 1986, S. 167). Im Arbeitskreis müssen die betrieblichen Entscheidungsinstanzen an einen Tisch kommen und eine Konzeption für ein betriebliches Hilfeprogramm entwickeln, das auf der einen Seite dem Kranken bzw. den alkoholkonsumierenden Belegschaftsmitgliedern und auf der anderen Seite den spezifischen Bedürfnissen und Gegebenheiten des Betriebes gerecht wird. Der Arbeitskreis formuliert die wichtigsten Leitlinien betrieblicher Alkoholprävention und achtet auf ihre Einhaltung. Über Inhalt und Durchführung der Konzeption ist unbedingt Einigung zu erzielen, da der Erfolg von der reibungslosen Zusammenarbeit aller Betriebsbereiche abhängt. Der Arbeitskreis ist Initiator, Organisator und Koordinator aller betrieblichen Aktivitäten. Ferner aktiviert, lenkt und bündelt er vorhandene betriebliche Ressourcen und treibt somit die Bildung einer betrieblichen Infrastruktur voran, die Grundvoraussetzung für die Umsetzung der einzelnen Präventionsaufgaben ist (vgl. LAUSSER u.a. 1986, S. 170f). Die einzelnen Aufgaben des Gremiums sind:

- Planung, Koordination und Durchführung von Maßnahmen,
- Informationsveranstaltungen,
- Aktionsprogramme,
- Schulungsmaßnahmen von Vorgesetzten, Betriebs- bzw. Personalräten,
- Erstellung eines Hilfeprogrammes für Betroffene,
- Kontakte zu außerbetrieblichen Institutionen,
- Aufbau einer betrieblichen Beratungsstelle,
- Abschluß einer Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung (vgl. BERUFGENOSSENSCHAFT 1990, S.74; DIETZE 1992, S. 85 f).

Eine erfolgreiche Kooperation verschiedener betrieblicher Instanzen in einem Arbeitskreis setzt einen Konsens zur betrieblichen Alkoholprävention voraus. Drei Aspekte sollten sich in diesem Konsens wiederfinden (vgl. LAUSSER u. a. 1986, S. 176):

- Anerkennung des Krankheitscharakters von Alkoholabhängigkeit;
- Gleichbehandlung aller Beschäftigter im Sinne eines im Prinzip einheitlichen, transparenten und abgestuften Vorgehens;
- Entwicklung eines integrierten betrieblichen Gesamtkonzeptes zur Alkoholprävention.

4.1.1 Personelle Zusammensetzung

Nach übereinstimmender Meinung aller Fachleute müssen dem Arbeitskreis einflußreiche Personen des Betriebes angehören, um die Mitarbeit der Vorgesetzten für das Präventionsprogramm zu sichern. Ihre kooperative Beteiligung ist zentrale Voraussetzung für das Gelingen der Alkoholprävention. Dem Arbeitskreis sollten Repräsentanten der Betriebsleitung, der Personalabteilung, des Betriebs- bzw. Personalrates, eine Vertrauensperson der Schwerbehinderten, der Frauenbeauftragten, des ärztlichen Dienstes, der Sozialberatung, der trockenen Alkoholiker und sinnvollerweise jemand, der für die Öffentlichkeitsarbeit zuständig ist. Um arbeitsfähig zu sein, sollte der Arbeitskreis jedoch nicht zu groß sein. Es muß ein 'Kernteam' aus ständigen Mitgliedern gebildet werden, zu dem bei Bedarf weitere Funktionsträger mit Spezialwissen hinzugezogen werden. Durch die Besetzung sollte zum Ausdruck kommen, daß das Alkoholproblem ein allgemeines Anliegen des Betriebes ist.

Als sinnvoll hat sich erwiesen, daß der Arbeitskreis von einem externen Berater moderiert wird.

4.1.2 Problematisierung

Sofern aufgrund unterschiedlicher betriebsbezogener Vorerfahrungen im Arbeitskreis destruktiv parteilich argumentiert wird, und solange mit dem Arbeitskreis noch versteckte Nebenziele verfolgt werden, kann keine gemeinsame Arbeit zum Nutzen der Gefährdeten und Kranken geleistet werden (vgl. RIMPL 1984, S. 49). Auch können durch unterschiedliche Entsendungsformen (Delegation, Freiwilligkeit) innerhalb des Arbeitskreises Konflikte zwischen den verschiedenen motivierten Teilnehmern entstehen. Ferner werden Arbeitskreise mit folgenden Problemen konfrontiert:

- Fluktuation unter den Mitgliedern kann dazu führen, daß einmal geklärte Fragen immer wieder bis zu einem erneuten Konsens diskutiert werden müssen;
- Erwartungsdruck, insbesondere von der Geschäftsleitung, der sich in der Forderung nach konkreten Handlungsanweisungen, Patentrezepten und schnellen, spürbaren Erfolgen äußert und nicht zuletzt
- Widerstände aus der Belegschaft, dem Betriebs- bzw. Personalrat und den Vorgesetzten, die Unsicherheit und Uneinigkeit in den Arbeitskreis tragen können.

Trotz möglicher Probleme erweist sich ein Arbeitskreis gerade dann als vorteilhaft, wenn bei Widerständen gegen ein Alkoholpräventionsprogramm die einzelnen Beauftragten den Rückhalt einer Gruppe brauchen.

4.2 Suchtkrankenhilfe

Die Funktion des Arbeitskreises ist abzugrenzen von den Aufgaben der Helfer im Betrieb. Die Aufgaben der praktischen Suchtkrankenhilfe werden meist an eine betriebliche Selbsthilfegruppe, an einen Helferkreis, an trockene Alkoholiker oder die betriebliche Sozialberatung delegiert. Die primäre Funktion des Arbeitskreises ist mehr die Schaffung eines präventionsfreudigen Umfeldes und weniger die fallbezogene Arbeit mit Betroffenen.

4.2.1 Suchtkrankenhelfer

Für die Arbeit mit den Alkoholabhängigen im Betrieb bestehen verschiedene Konzepte und Formen betrieblicher Suchtkrankenhilfe.

- Am häufigsten verbreitet ist die ehrenamtliche Hilfe durch ehemalige Alkoholiker, aber auch durch sozial engagierte und an der Thematik interessierte Mitarbeiter. Sie können sich zu freiwilligen Suchtkrankenhelfern ausbilden lassen und leisten neben oder während (je nach Vereinbarung) ihrer Arbeitszeit Hilfe im Einzelfall.
- Einige Betriebe nutzen die ehrenamtliche Hilfe durch örtliche Selbsthilfe- und Abstinenzgruppen, die sich um die Problemfälle der Betriebe kümmern.
- Professionalisierte Hilfe durch ehemalige Alkoholabhängige, d.h. der Betrieb stellt einen Mitarbeiter für die Beratung der Alkoholkranken frei, ist eine weitere Variante.
- Die vierte Möglichkeit umfaßt die professionelle Hilfe externer Beratungsstellen der freien Wohlfahrtsverbände.
- Besonders große Unternehmen und Verwaltungen mit mehreren tausend Mitarbeitern haben Sozialarbeiter oder Psychologen als Suchtberater eingestellt (vgl. WILKE / ZIEGLER 1986, S. 26 f und ZIEGLER 1987, S. 36).

Der meist ehrenamtlich tätige Suchtkrankenhelfer hat die Aufgabe, sich dem Alkoholkranken als Bezugsperson anzubieten. Er soll den Betroffenen motivieren, Beratung und Behandlung anzunehmen. Voraussetzung ist, daß der Alkoholkranke den Suchtkrankenhelfer akzeptiert. Um dies zu erleichtern, sollte er aus der gleichen oder einer übergeordneten Hierarchie-Ebene kommen. Die Helfer sollten neben ihrer Bereitschaft, sich mit dem Suchtkranken auseinanderzusetzen, die Fähigkeit haben, sich abzugrenzen. Dazu ist neben dem Wissen über die Suchterkrankung auch Selbsterfahrung nötig. Eine Ausbildung zum Suchtkrankenhelfer wird daher von den meisten Fachleuten empfohlen (vgl. GEISBÜHL 1988, S. 14).

4.2.2 Sozialberater

Eine über die Suchtberatung hinausgehende Hilfe können ehrenamtliche Suchtkrankenhelfer nicht leisten. Deshalb empfiehlt sich für viele Betriebe (auch wegen des Gleichbehandlungsgrundsatzes von Mitarbeitern mit anderen sozialen Problemen) die Einrichtung eines sozialen Dienstes, der all jenen Beratung und Hilfe anbietet, die sich in einer akuten Lebenskrise befinden. Das soll als Hinweis genügen. Die Aufgabe von Sozialberatern ist nicht Gegenstand dieser Arbeit.¹

4.2.3 Problematisierung

Die Installierung einer betrieblichen Suchtberatung bietet unabhängig von der jeweiligen Organisationsform eine Reihe von Vorteilen:

- Durch die frühzeitige Einbeziehung fachkundiger Helfer werden Mitarbeiter und Vorgesetzte eines Teils ihrer schweren Verantwortung entlastet.
- Der Zeitabstand zwischen Erstkontakt, Motivation und Therapie wird durch die Einschaltung einer betrieblichen Suchtberatung erheblich verkürzt.
- Ein betrieblicher Suchtberater wird schon zu Beginn seiner Kontakte offener über Verlauf der Krankheit, Möglichkeiten der Hilfe, Eigenverantwortlichkeit, aber auch mögliche Konsequenzen sprechen können als das betriebliche Umfeld. Er leitet damit erste Schritte für die Erstellung eines individuellen Therapieplanes ein.
- Der Betroffene wird aber nicht an die betriebliche Suchtkrankenhilfe gebunden. Er erhält vom Suchtberater Informationen über örtliche Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen und kann dann, aufgrund persönlicher Überlegungen, zwischen betrieblicher und externer Suchtberatung entscheiden.

Suchtkrankenhelfer bzw. –beauftragte sollten für diese schwierige Arbeit die persönliche und fachliche Eignung besitzen oder bereit sein, die erforderlichen Fähigkeiten zu erwerben. Notwendig sind Kenntnisse über Suchtkrankheiten, ihre Ursachen, Therapiemöglichkeiten und Präventionsansätze sowie über die relevanten arbeits- und sozialrechtlichen Bestimmungen. Des weiteren zählt zu den Mindestbedingungen einer betrieblichen Suchtberatung, daß Hilfesuchende anonym bleiben und die Berater weitestgehend weisungsfrei und unabhängig arbeiten können (vgl. RUßLAND 1988, S. 147).

Eine zu nahe Anbindung der betrieblichen Suchtkrankenhilfe an die Personalabteilung sollte vermieden werden, weil sie sonst zu sehr den Ein-

¹ Eine ausführlichere Erörterung der betrieblichen Sozialberatung und seiner Bedeutung für die Suchtprävention findet sich bei RUßLAND 1988

druck einer Kontrollinstanz erwecken würde. Die Suchtkrankenhilfe sollte möglichst eigenständig oder in lockerer Anbindung an den ärztlichen Dienst oder die Sozialberatung arbeiten können.

4.3 Verfügbarkeit von Alkohol

Die Frage der Einschränkung bzw. des Verbotes von Alkohol im Betrieb ist wohl der am meisten umstrittene Punkt bei der Entwicklung eines betrieblichen Alkoholpräventionsprogrammes. Eindeutige gesetzliche Regelungen, die das Alkoholtrinken am Arbeitsplatz verbieten, gibt es nicht. Auch die Unfallverhütungsvorschriften (UVV) sprechen nicht explizit von einem Verbot. § 38 der Allgemeinen Vorschriften der Unfallverhütungsvorschrift (VBG1) führt folgendes aus:

Abs. 1 "Versicherte dürfen sich durch Alkoholgenuß nicht in einen Zustand versetzen, durch den sie sich selbst oder andere gefährden können."

Abs. 2 "Versicherte, die infolge Alkoholgenusses oder anderer berauschender Mittel nicht mehr in der Lage sind, ihre Arbeit ohne Gefahr für sich oder andere auszuführen, dürfen mit Arbeiten nicht beschäftigt werden." (RIMPL 1989 S. 520)¹

Aus dieser Vorschrift läßt sich von Alkoholverbotsgegnern leicht die Zulässigkeit des Alkoholgebrauchs ableiten. Immerhin läßt sich aus Abs. 1 nicht ableiten, daß Alkoholkonsum schlechthin zu einer Gefährdung führen muß. Befürworter eines Alkoholverbotes halten dagegen, daß jeder Konsum von Alkohol eine verhaltensbeeinflussende Wirkung zur Folge hat und somit ein Gefährdungspotential darstellt. Dies rechtfertigt ein Alkoholverbot. Allerdings können innerbetriebliche Regelungen wohl kaum verhindern, daß ein Mitarbeiter bereits beträchtlich alkoholisiert zur Arbeit erscheint.

4.3.1 Einschränkung des Alkoholangebotes

Wenn der Alkohol frei verfügbar ist und / oder ohne Sanktionen beschafft werden kann, wächst die Versuchung, ihn zu konsumieren – insbesondere für Personen, die bereits Kontrollprobleme mit Alkohol haben. Viele Alkoholiker machten am Arbeitsplatz den 1. Schritt in die Krankheit (vgl. LENFERS 1988, S. 41). Folgende Elemente charakterisieren das betriebliche Alkoholangebot:

- die mengenmäßige Verfügbarkeit,
- die Produktvielfalt und Produktform,

¹ Näheres regelt die Durchführungsverordnung zu VBG 1. Zu beachten ist das Mitbestimmungsrecht des Betriebsrates bzw. des Personalrates bei der Ausgestaltung von Unfallverhütungsvorschriften.

- die Zugänglichkeit, d.h. Anzahl von Verkaufsstellen und Automaten, das Vorhandensein nichtalkoholischer Getränke,
- das Preisgefüge des Getränkeangebots,
- das Angebot kostenloser oder preisgünstiger nichtalkoholischer Getränke für einzelne Arbeitsbereiche (vgl. LORENZ 1988, S. 234f).

Restriktive Veränderungen auf der Angebotsseite können die Alkoholanfrage und damit die Gesamtkonsummenge verringern. Als Einzelmaßnahmen zur Einschränkung des Alkoholkonsums kommen in Betracht:

- Modifizierung und Reduzierung von Verkaufsstellen,
- kein Verkauf von hochprozentigen Getränken,
- Erweiterung des Angebots an alkoholfreien Getränken,
- Abwandlung der mengenmäßigen Darbietungsformen (z.B. Becher statt Flaschen),
- gesteuerte Preisgestaltung,
- kostenlose Bereitstellung von alkoholfreien Getränken.

Die Wirkung der Angebotseinschränkungen kann durch flankierende Maßnahmen verstärkt werden:

- Kein Alkohol als Präsent oder Prämie,
- alkoholfreie Zonen schaffen und begründen,
- mehr Pausen bei hohen Arbeitsbelastungen,
- Gesprächsmöglichkeiten schaffen bzw. Gruppenarbeit fördern,
- gesunde und attraktive Kantinenverpflegung,
- keine alkoholhaltigen Nahrungsmittel im Speiseplan,
- Einschränkung betrieblicher Feiern,
- bei Betriebsfeiern Kaffee und Kuchen oder ein kaltes Buffet (je nach Anlaß) statt alkoholische Getränke anbieten.

Die Beschränkungen des angeführten Maßnahmenkataloges lassen sich nach ihrer 'Reichweite' in allgemeine oder bereichsspezifische Konsum- oder Verkaufsverbote unterscheiden. Positiver als generelles Alkoholverbot wird allgemein die Einschränkung des Alkoholverkaufs im Betrieb gesehen. Da sich die einzelnen Einschränkungen ineinandergreifend unterstützen, dürfte eine an der Betriebsstruktur ausgerichtete Kombination von Maßnahmen mehr Wirkung haben als viele Einzelmaßnahmen. Der zu erwartende Rückgang des Alkoholkonsums ist positiv zu bewerten, auch wenn er wahrscheinlich eher auf den Verzicht derer zurückgeht, denen ohnehin nicht viel am Alkohol liegt. Alkoholgefährdete und -abhängige werden versuchen, trotz Angebotseinschränkung die gewünschte Menge an Alkohol auch über unbequeme Wege zu beschaffen.

4.3.2 Alkoholverbot

Ein striktes Alkoholverbot kann sicher nicht alle betrieblichen Alkoholprobleme lösen, vor allem nicht einen abhängigen Arbeitnehmer von der Sucht befreien. Es trägt aber dann zur Eindämmung des Mißbrauchs von Alkohol erheblich bei, wenn es konsequent angewendet wird. „Die aus einem Alkoholmißbrauch entstehenden vielschichtigen und oft gravierenden Gefahrenlagen könnten es nahelegen, jeden Alkoholgenuß während der Arbeitszeit zu verbieten, also zumindest für diesen Zeitraum ein allgemeines, absolutes Alkoholverbot zu erlassen. Dieser Gedanke liegt unter dem Gesichtspunkt einer möglichst wirksamen, frühzeitigen Gefahrenabwehr um so näher, als sich in der Vergangenheit gezeigt hat, daß Alkohol am Arbeitsplatz, teilweise auch im öffentlichen Dienst, einen so erheblichen Umfang angenommen hat, daß er sich nicht mehr als eine singuläre, allenfalls einzelne Dienststellen oder Betriebe betreffende Problematik charakterisieren läßt“ (CLAUSSEN / CZAPSKI 1992, S. 17).

WILKE und ZIEGLER (s. 1986, S. 32f) weisen darauf hin, daß bei der Formulierung eines Alkoholverbotes bedacht werden sollte, daß

- das Alkoholverbot für jede Art von alkoholischen Getränken gilt,
- das Alkoholverbot für alle Betriebsabteilungen, also für die Verwaltung ebenso wie für die Fertigung gilt,
- keine Ausnahmen zugelassen werden, auch nicht bei Geburtstagen und Betriebsjubiläen.

Das absolute Alkoholverbot im Betrieb ist nach Ansicht von Befürwortern eine wichtige Grundlage für die Gewährleistung einer guten Arbeitsleistung, die Erhaltung eines gesunden Betriebsklimas und die Vermeidung von Risiken (vgl. LENFERS 1988, S. 55). Ein Alkoholverbot muß sich deshalb auf den gesamten Betrieb erstrecken und keine Ausnahmen z.B. für die Geschäftsleitung zulassen. Die Befürworter eines Alkoholverbotes anerkennen zwar, daß ein Alkoholverbot Alkoholranke nicht am Konsum hindert; aber eine Schwelle für all diejenigen darstellt, die sich in einem Gefährdungsstadium befinden. Das Alkoholverbot ist eine „Schutzvorschrift“ für die Mitarbeiter und wird auch vom überwiegenden Teil der Belegschaft so empfunden (vgl. LENFERS 1988, S. 194). Diesem Teil der Belegschaft dient das Alkoholverbot als wichtiges Argument bei der Diskussion mit betrieblichen Animatoren und hilft, alkoholische Getränke ablehnen zu können. Außerdem wirkt das Alkoholverbot als Hürde bei der Alkoholbeschaffung (Gelegenheit macht Trinker) und droht je nach Ausgestaltung auch mit disziplinarischen Konsequenzen. Diese 'Schwelle' wird für einen deutlich rückläufigen Alkoholkonsum sorgen, zumal auch die Legitimation für viele Trinkanlässe entfällt (vgl. LENFERS 1988, S. 196). Das Alkoholverbot im Betrieb ist nach Ansicht LENFERS (s. 1988, S. 194 ff) nicht gegen die Persönlichkeit des Einzelnen gerichtet. Allerdings

muß der Gleichbehandlungsgrundsatz zwischen den Hierarchieebenen gelten. Ein Alkoholverbot schafft für alle Beteiligten klare Verhältnisse. LENFERS kommt deshalb zu dem Ergebnis, daß die Argumentation der Gewerkschaften gegen ein Alkoholverbot einer kritischen Prüfung nicht standhält. Die Meinung, daß ein absolutes Alkoholverbot nichts bringe, weil es u.a. den heimlichen Konsum fördere, „ist nachweislich falsch“ (LENFERS 1988, S. 195).

Die Gegner eines Alkoholverbotes sind überwiegend in den Gewerkschaften zu finden. Sie argumentieren, daß mit Hilfe des Alkoholverbotes versucht werden könnte, 'mißliebige' Beschäftigte zu entlassen (vgl. IG METALL 1991, S. 211).¹ Sie wehren sich gegen ein Alkoholverbot, weil damit speziell für die Gruppe der Arbeiter justiziable Fakten als Grundlage einer möglichen Kündigung geschaffen würden. Bei der Diskussion des Alkoholverbotes wird ferner angeführt, daß das alkoholische Verhalten von 10% der Mitarbeiter eines Betriebes nicht dazu mißbraucht werden darf, für die restlichen 90% Zwänge einzuführen, die außerhalb des Betriebes berechtigterweise als Eingriff in die Souveränität abgelehnt würden. Die Mehrheit der Beschäftigten kann mit Alkohol relativ vernünftig umgehen. Eine Minderheit lebt abstinent und eine andere, allerdings viel bedeutsamere Minderheit ist nicht in der Lage ein 'normales' Verhältnis zum Alkohol zu haben. Daher führt ein Alkoholverbot mehrheitlich zu Frustration und Unzufriedenheit. Zudem werden mit diesem Instrument die wirklich Alkoholkranken auch nicht erreicht (vgl. BILIK / LOOSS 1985, S. 195 f).

4.3.3 Problematisierung

Ein Alkoholverbot ist auf jeden Fall für sich allein nicht geeignet, Alkoholkonsum bzw. –mißbrauch zu verhindern oder einzuschränken. Wird ein Alkoholverbot als wünschenswert betrachtet, so kann über die Einführung eines solchen Verbotes als letztes Glied in einer Kette von Maßnahmen einer präventiven Gesamtstrategie nachgedacht werden. Ein solches Alkoholverbot dient dann nicht der Kontrolle, sondern vielmehr als Stütze präventiver Maßnahmen u.a. durch die enorme Vereinfachung der Früherkennung. Für Alkoholranke und stark Gefährdete kommt ein aus Sicherheitsgründen (oder anderen Motiven) verhängtes Alkoholverbot zu spät. Auch als Maßnahme der Prävention ist es ungeeignet. Wer glaubt, Alkoholkonsum und Alkoholismus allein mit Verboten regeln zu können, kapituliert in Wahrheit vor dem Problem. Eine Krankheit – hier die Sucht – läßt sich nicht einfach verbieten. Das Ziel einer Prävention ist nicht die Ausgrenzung der Alkoholabhängigen, sondern die Veränderung des Trinkverhaltens und die Minimierung des Alkoholismus.

¹ Nach meinen Erfahrungen ist diese Befürchtung nicht unbegründet, zumindest, wenn Unternehmen gerade in einer Phase der Rationalisierung sind.

4.4 Betriebs– und Dienstvereinbarung

Die im Arbeitskreis erarbeiteten Konzepte und Hilfeprogramme sollten Verbindlichkeit für alle Organe und Personen eines Betriebes haben. In der Regel geschieht dies durch den Abschluß einer Betriebs– bzw. im öffentlichen Dienst in einer Dienstvereinbarung.

4.4.1 Ziel

Ziel einer Betriebs– bzw. Dienstvereinbarung ist es, eine gewisse Rechtsverbindlichkeit für alle im Rahmen des Hilfeprogrammes handelnden und betroffenen Mitarbeiter herzustellen. Als häufigste Ziele, die mit dem Abschluß einer Betriebsvereinbarung angestrebt werden, führt GEISBÜHL (vgl. 1988, S. 23) an:

- Erhöhung der Arbeitssicherheit,
- Gesundheit und damit die qualitative und quantitative Arbeitsleistung erhalten,
- zwischenmenschliche Beziehungen fördern,
- Konsum einschränken und Mißbrauch abschaffen,
- Alkoholkranken oder –gefährdeten ein Hilfsangebot zu machen,
- den Arbeitsplatz zu erhalten, eine Entlassung zu vermeiden,
- die Gleichbehandlung aller sicherzustellen,
- das Bewußtsein gegenüber dem Suchtproblem im Betrieb zu erhöhen,
- für alle eine durchschaubare Richtlinie zu geben.

Ein ganz wesentlicher Aspekt einer Betriebs– bzw. Dienstvereinbarung ist m. E., die Personalräte und Vorgesetzten aller Hierarchien gleichermaßen zum gemeinsamen einheitlichen Handeln im Sinne der Suchtkrankheit zu verpflichten.

4.4.2 Inhaltliche Anforderungen

Berücksichtigt man die Komplexität eines Präventionsprogrammes und die Tragweite einer Betriebs– bzw. Dienstvereinbarung, so ergeben sich daraus hohe Anforderungen an die inhaltliche Gestaltung. In Bezug auf ein betriebliches Alkoholpräventionsprogramm sollten folgende Aspekte in einer Dienstvereinbarung erfaßt werden:

- Zielsetzung des Programms,
- Arbeitskreis – Funktion und personelle Besetzung,
- Selbstverpflichtung zur Umsetzung des Programms,
- Information und Aufklärung,
- Maßnahmen zur Ursachenbeseitigung,
- Bedeutung der Suchtkrankenhelfer; ihre Ausbildung; Freistellungsregelung,
- Schweigepflicht und Anonymitätssicherung für freiwillige Beratungen,

- Schulungsmaßnahmen für Vorgesetzte,
- der Stufenplan (Interventionskette).¹

Bei aller Verbindlichkeit sollte jedoch genug Spielraum sein, um optimal auf jeden Einzelfall eingehen zu können, weil gerade Alkoholprobleme meist ihre eigene Charakteristik haben.

4.4.3 Problematisierung

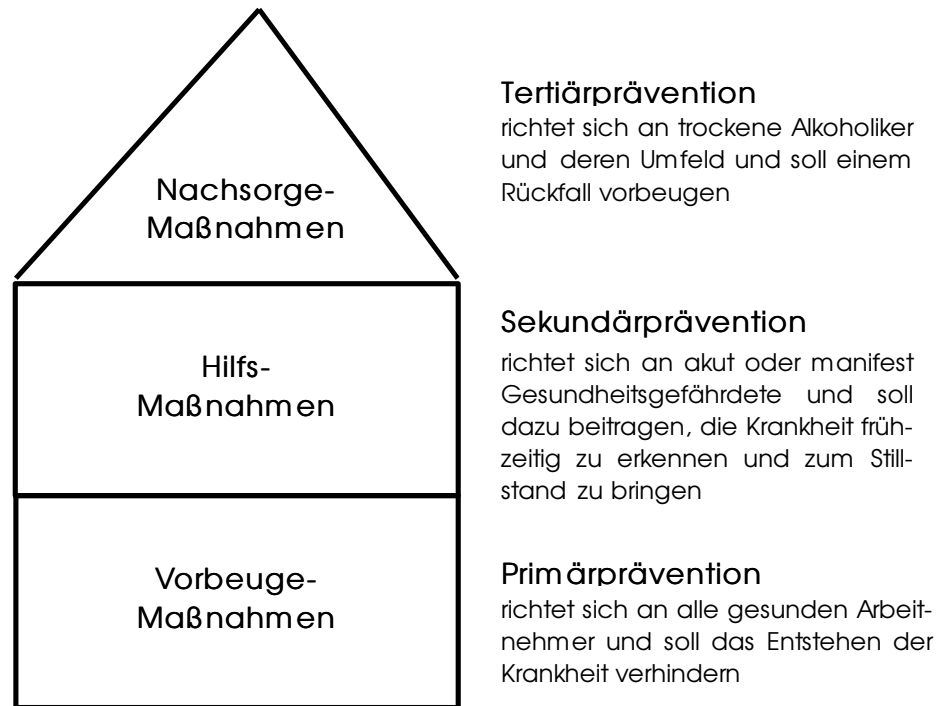
Betriebs- oder Dienstvereinbarungen nutzen wenig oder schaden sogar, wenn sie nicht mit Leben ausgefüllt sind. Wenn sie nicht von einer breiten innerbetrieblichen Diskussion getragen werden und wenn die durch die Dienstvereinbarung zum Handeln verpflichteten Betriebsmitglieder, wie die Vorgesetzten, nicht Willens oder in der Lage dazu sind. Mit Dienstvereinbarungen läßt sich kein innerbetrieblicher Widerstand gegen ein Suchtpräventionsprogramm umgehen oder brechen. Eine Betriebs- oder Dienstvereinbarung sollte aus diesen Gründen nie am Anfang des Prozesses stehen. Sie kann immer erst das Ergebnis ausführlicher Diskussionen, Informationen, Schulungen und Aufklärungen sein.

Das Hauptproblem besteht nach GEISBÜHL (s. 1988, S. 25) im Spannungsverhältnis zwischen konsequenter Sanktionierung und toleranter Billigung, die den Alkoholkranken als Menschen anerkennt und ihm zeigen soll, daß der Betrieb Verständnis für seine Situation aufbringt und seine Bemühungen, gesund zu werden, unterstützt. Den richtigen Mittelweg zu finden ist schwer, weil überzogene Härte diszipliniert und zum Gegenteil dessen führt, was wünschenswert ist. Der Betroffene fühlt sich erpreßt, reagiert trotzig und kommt mit einer Kündigung betrieblichen Sanktionen zuvor oder paßt sich oberflächlich an. Krankheitseinsicht und Annahme von Hilfsangeboten werden nicht erreicht. Da Verständnis und Emotionen Kategorien sind, die in keiner Dienstvereinbarung festgehalten werden können, wird die Vereinbarung nur Makulatur, im ungünstigsten Fall zum reinen Disziplinierungsinstrument, wenn es zu keinem menschlichen Kontakt zwischen Betroffenenem und Vorgesetzten kommt.

¹ Vgl.: IG METALL 1991, S. 223 ff; RUBLAND / PLOGSTEDT 1986, S. 202 ff.

5 Ablauf eines Suchtpräventionsprogrammes

Darst. 11: Ablauf eines Suchtpräventionsprogrammes



Quelle: LIEBMANN u. a. 1988, S. 40 f

Die Suchtpräventionsprogramme der letzten 10 Jahre weisen fast ausnahmslos diese drei Ebenen auf. Dabei ist von Bedeutung, daß ein Programm auf allen Ebenen gleichzeitig wirkt. Im folgenden wird auf jede Ebene näher eingegangen.

5.1 Primärprävention

Die Primärprävention hat die Aufgabe, im gesamten Betrieb alkoholbedingte Schäden prophylaktisch zu vermeiden und Mißbrauch und Abhängigkeit zu verhindern. Folgende Strategien sind möglich:

- Senkung des Gesamtkonsums alkoholischer Getränke im Betrieb und Veränderung des Bewußtseins zu sensiblerem Umgang mit alkoholischen Getränken durch kommunikative Maßnahmen.
- Erhöhung der sozialen Kompetenz von Vorgesetzten und Mitarbeitern, um einem Gruppendruck standhalten und Betriebsregeln zum (Nicht-) Konsum alkoholischer Getränke einhalten und durchsetzen zu können.
- Abbau von Risikofaktoren am Arbeitsplatz, z.B. Hitze und Staub durch strukturelle Maßnahmen.

- Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz beispielsweise durch Aufdeckung von Arbeitsbelastungen im psychomentalen und –sozialen Bereich.¹

5.1.1 Information und Aufklärung

Erworbene Erfahrungen sowie gesellschaftlich verankerte Trinknormen bestimmen das Verhalten der Arbeitnehmer am Arbeitsplatz und damit auch die Art und Weise, wie Arbeitsanforderungen mit oder ohne Alkohol bewältigt werden. Wenn nun aber Alkohol am Arbeitsplatz kontraproduktiv und daher unerwünscht ist, dann muß Prävention zur Alkoholprophylaxe eine Verhaltensveränderung bewirken. Ein erster wichtiger Schritt in diese Richtung sind Information und Aufklärung über Alkoholprobleme und – mißbrauch, die Förderung des Gesundheitsbewußtseins und die Schulung bzw. Weiterbildung bestimmter betrieblicher Gruppen wie Vorgesetzte, Personalräte, betriebsärztlicher Dienst.

Das langfristige Ziel besteht darin, mit Hilfe von informationsvermittelnden Strategien Lernprozesse in Gang zu setzen, um dadurch einerseits ein Klima der Aufgeschlossenheit gegenüber alkoholbedingten Problemen zu schaffen, andererseits deren Entstehung zu verhindern. Dazu werden sowohl alkoholspezifische als auch alkoholunspezifische Maßnahmen angewandt, die stets zielgruppenorientiert zu konzipieren sind (vgl. LAUSSER u. a. 1986, S. 180).

In zweifacher Hinsicht soll eine Veränderung von Risikoverhalten erreicht werden. Auf der einen Seite geht es um den Abbau bzw. die Hemmungen von Risikoverhalten, indem die Beschäftigten über die Gefahren und Folgen ihres gesundheitsschädlichen Verhaltens aufgeklärt werden und ihnen Orientierungs- und Verhaltensweisen im Umgang mit Alkohol vermittelt werden. Auf der anderen Seite ist die Entwicklung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen zu ermöglichen, indem den Beschäftigten Wege zur wirksamen Bewältigung von arbeitsbedingten Belastungen und Problemen aufgezeigt werden (vgl. LAUSSER u. a. 1986, S. 190). Im Rahmen eines integrierten Konzeptes betrieblicher Alkoholprävention haben kommunikative Maßnahmen vor allem die Funktion, strukturelle Maßnahmen, teilweise auch sekundäre und tertiäre Prävention, einzuleiten und zu begleiten (vgl. WILKE / ZIEGLER 1986, S. 24 f).

5.1.2 Schulung und Weiterbildung von Vorgesetzten

Die Vorgesetzten haben bei der Umsetzung betrieblicher Suchtpräventionsprogramme (besonders in der Sekundärprävention) eine Schlüsselrolle. Durch deutliche Konfrontation, aufgrund schlechter Arbeitsqualität, Abwesenheit, Verspätungen, Fehlzeiten oder anderen Störungen im

¹ Vgl.: ZIEGLER 1980, S. 191 f; 1988, S. 528; 1990, S. 462.

Arbeitsverhalten, können sie den ersten entscheidenden Hinweis für den Betroffenen geben, sein Verhalten zu ändern oder sich Hilfe zu suchen. Nach meiner Erfahrung ist ein Präventionsprogramm nur so erfolgreich wie die Führungskräfte eines Betriebes bereit und in der Lage sind, im Rahmen und im Sinne des Programms zu handeln.

DIETZE meint, daß die konstruktive Rolle des Vorgesetzten gegenüber einem Mitarbeiter mit Alkoholproblemen der ähnelt, die auch bei anderen Fällen von schwierigen Mitarbeitern zielführend ist:

- „Wahrnehmung der Problematik,
- Dokumentation von Fakten,
- Intervention mit dem Ziel der Verhaltensänderung bei Mitarbeitern,
- Kontrolle der Vereinbarung und Auflagen“ (ebd. 1992, S. 219).

Inwieweit Vorgesetzte dem Alkoholproblem gezielt begegnen, hängt nach GEISBÜHL von mehreren Faktoren ab:

- „eigener Umgang mit Alkoholika,
- Wissen um die Alkoholkrankheit,
- Fähigkeit, psychische und soziale Probleme innerhalb des betrieblichen Alltags zu erkennen und geeignete Entscheidungen zu treffen,
- eigene psychosoziale Situation,
- persönliche Kompetenz,
- Rückhalt durch die Unternehmensleitung“ (ebd. 1988, S. 9).

Damit Vorgesetzte offensiv mit alkoholgefährdeten Mitarbeitern umgehen können, muß bei ihnen über ein erfahrungsorientiertes Lernen die Bereitschaft geweckt werden, Reaktionsweisen bei Belastungen sowie das daraus resultierende Trinkverhalten zu reflektieren und gegebenenfalls zu verändern. In jedem Falle hilfreich, wenn nicht sogar Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung des oben beschriebenen Handlungsmodelles ist die Fähigkeit zum „System–Denken“ (FATZER 1993, S. 162).¹

Diese Vermittlung von Kenntnissen sachlicher und emotionaler Art sind am ehesten durch Fortbildungsveranstaltungen zu realisieren, die von professionellen Beratern durchgeführt werden, die das Thema auch di-

¹ System–Denken bezeichnet die Fähigkeit, über lineare Wahrnehmungen von Ursache und Wirkung hinaus ganze Systeme und ihre Dynamik zu erfassen. Nach Senge (FATZER 1993, S. 162 ff) gehören dazu folgende grundlegende Fertigkeiten:

- Nicht einzelne Dinge zu sehen, sondern Wechselbeziehungen; nicht Momentaufnahmen, sondern Prozesse zu sehen.
- Nicht auf der Grundlage von Schuldzuweisungen zu denken und zu handeln.
- Die Dynamik von Prozessen akzeptieren und sich nicht in Details verlieren.
- Erkennen, wann, wo und wie mit der besten Wirkung gehandelt werden kann („Hebelwirkung“).
- Symptom bezogene Lösungen vermeiden.

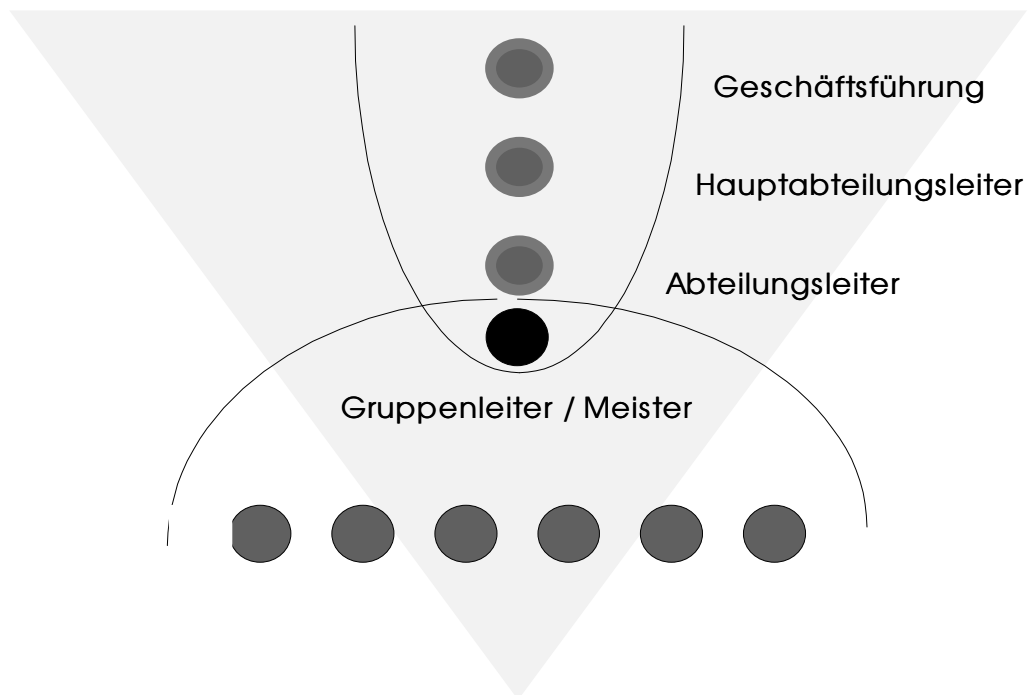
daktisch gut aufbereitet vermitteln. Auch die Beteiligung von trockenen Alkoholikern kann sinnvoll sein (vgl. LAUSSER u.a. 1986, S. 202).

Der Schulungsinhalt muß dabei auf das betriebliche Präventionskonzept abgestellt sein. Die mit Schulungsmaßnahmen angestrebte Erhöhung der individuellen, sozialen und organisatorischen Kompetenz im Umgang mit Alkohol erfordert ein langfristig angelegtes Gesamtprogramm betrieblicher Alkoholprävention. Deshalb dürfen eingeleitete (Schulungs-) Maßnahmen nicht nur ein 'Strohfeuer' sein, sondern sie müssen dauerhaften Charakter haben. Ansonsten wandelt sich die anfangs positive Motivation in Unzufriedenheit, Resignation und Frustration. Das Ziel einer Vorgesetzten-schulung besteht darin, eine Verhaltensänderung bei den Teilnehmern zu erreichen:

- Sie sollen Abhängigkeitsprobleme früher erkennen können,
- ihre eigene Rolle im 'Alkoholikerspiel' (ihr Co-Verhalten) erkennen,
- zugewandte, konfrontative Gespräche führen,
- konsequente Haltungen einnehmen und
- Kontakt zu betriebsinternen wie externen Hilfsangeboten aufnehmen können, um damit bei betroffenen Mitarbeitern einen konstruktiven Leistungsdruck herzustellen und die Therapiemotivation zu fördern.

Die Vorgesetzten höherer Hierarchieebenen werden in der Regel weniger direkt mit den Alkoholproblemfällen konfrontiert (wenn sie nicht gerade ein Problem in den eigenen Reihen haben). Sie müssen jedoch den unteren Führungsebenen den Rücken stärken und die Kompetenz zu eigenem Handeln haben, wenn sie im Rahmen des Stufenplanes gefordert sind. Die Vorgesetzten, die mit dem Problem am unmittelbarsten konfrontiert sind, haben es am schwersten. Durch die emotionale Nähe sind sie für Co-Verhalten besonders gefährdet und können unpopuläre Maßnahmen nur schwer durchsetzen.

Darst. 12: Das Spannungsverhältnis des unmittelbaren Vorgesetzten



Quelle: WILKE / ZIEGLER 1986, S. 13

Die obige Graphik veranschaulicht den aus beiden Richtungen auf den Vorgesetzten wirkenden Druck. Er führt zu seelischen Spannungen. In Konfliktsituationen, die beim Alkoholismus vermehrt entstehen, ist eine angemessene Reaktion dann nicht möglich. Darüber hinaus hat sich zwischen dem Vorgesetzten, der Mitarbeitergruppe und dem gefährdeten Mitarbeiter ein labiles Gleichgewicht eingependelt, das durch die Intervention von außen empfindlich beeinträchtigt wird. Das Hilfsangebot wird meist als störend empfunden. In der Vorbereitungszeit des Präventionsprogrammes ist der Austausch über solche Erfahrungen auf Seminaren besonders wichtig.

Neben den Vorgesetzten sollten auch die übrigen Präventionsträger, wie z.B. Betriebs- bzw. Personalrat, werksärztlicher Dienst und betriebliche Sozialarbeiter an den Schulungen und Weiterbildungen teilnehmen. Im Einzelfall könnte es auch sinnvoll sein, spezifische Schulungen für die jeweilige Personengruppe anzubieten. Für die folgenden sekundärpräventiven Maßnahmen ist hilfreich, wenn nicht sogar erforderlich, daß alle an Interventionen beteiligten Personen über das gleiche Wissen und die gleiche Handlungskompetenz verfügen. Andernfalls laufen sie Gefahr, von dem Alkoholabhängigen im Sinne des Alkoholikerspiels instrumentalisiert zu werden und sich co-abhängig zu verhalten.

5.2 Sekundärprävention

Ziel der Sekundärprävention ist, die Krankheitsentwicklung frühzeitig zu erkennen, eine rechtzeitige Behandlung zu fördern und die 'Störungsdauer' für den Betrieb zu verkürzen. Früherkennung und Therapiemotivation werden begünstigt, wenn das Thema nicht allgemein tabuisiert ist, der allgemeine Alkoholkonsum niedrig ist und es eine aktive Personalführung mit Sensibilität für Mißbrauchsverhalten gibt. Entscheidend für den Erfolg ist nach Meinung von ZIEGLER (vgl. 1990, S. 462)

- die Auswahl von Kriterien und Methoden der Früherkennung,
- der Erwerb von Gesprächs- und Handlungskompetenz,
- Vorgehensrichtlinien,
- der Aufbau interner und die Inanspruchnahme externer Hilfsangebote.

5.2.1 Erkennen des Problems und frühzeitiges Handeln

Der Arbeitsplatz ist ein bevorzugter Ort der Früherkennung und Frühintervention bei Alkoholproblemen, da hier relativ klar formulierbare Leistungsanforderungen vorliegen. Diese werden bei fortgesetztem Alkoholkonsum früher oder später deutlich gestört, so daß im Betrieb nicht nur die Gelegenheit, sondern auch die Verpflichtung erwächst, zu intervenieren. Die Erkennung der Alkoholkrankheit ist für den Laien äußerst schwierig und abhängig vom Rahmen des gesellschaftlich akzeptierten Gebrauchs von Alkohol. Die Abhängigkeitserkrankung wird am Arbeitsplatz erst erkannt, wenn es zu massiven Störungen kommt. Meist befindet sich der Abhängige dann, um beim Jellinekschen Modell zu bleiben, schon in der kritischen oder gar chronischen Phase.

SCHUSTER (s. 1984, S. 70) empfiehlt, daß Betriebsangehörigen und Betriebsleitung die Symptome geläufig sind, die für Alkoholgefährdung bzw. -abhängigkeit sprechen. Folgende Verhaltensmuster finden sich in einer Graphik der DHS:

Darst. 13: Verhaltensmuster von Alkoholgefährdeten und -abhängigen

1. Voralkoholische Phase

Abwesenheit:

- Überzieht die Pausenzeiten
- Macht früher Feierabend
- Häufigere Abwesenheit vom Arbeitsplatz

Arbeitsverhalten:

- Versäumt Termine
- Fehler durch falsche Beurteilung
- Nachlassende Arbeitsleistung

Allgemeines Verhalten:

- Beschwerden von Arbeitskollegen

- Überempfindlichkeit gegenüber echter und eingebildeter Kritik
- Häufige Klagen über körperliche Beschwerden
- Macht falsche Angaben

2. Vorläuferphase

Abwesenheit:

- Wiederkehrende Fehlzeiten wegen kleinerer Krankheiten oder mit unglaubwürdigen Gründen

Arbeitsverhalten:

- Allgemeiner Verfall seiner Fähigkeiten
- Unregelmäßiges Arbeitstempo
- Nachlassende Aufmerksamkeit
- Konzentrationsschwäche

Allgemeines Verhalten:

- Aussagen werden unzuverlässig
- Beginnt, sich von Geselligkeiten zurückzuziehen
- Borgt Geld von Kollegen
- Übertriebene Genauigkeit in der Arbeit bis zur Rechthaberei
- Reagiert häufiger gereizt und empfindlich
- Hat wiederholt kleinere Verletzungen bei und außerhalb der Arbeit

3. Kritische Phase

Abwesenheit:

- Wiederkehrendes Fehlen auch über mehrere Tage
- Kommt nicht vom Essen zurück

Arbeitsverhalten:

- Weit unterhalb der Erwartungen

Allgemeines Verhalten:

- Großspurig und angriffslustig
- Aggressiv und / oder kriecherisch
- Private Probleme werden zunehmend für die schlechte Leistungsfähigkeit vorgeschoben
- Bemerkenswerter ethischer Abbau
- Geldsorgen
- Sichtbare Verschlechterung des Körperzustandes
- Will nicht über seine Probleme sprechen
- Gesetzeskonflikte wie Führerscheinentzug
- Wechsel im Gesichtsausdruck

4. Chronische Phase

Abwesenheit:

- Längeres unvorhersehbares Fehlen

Arbeitsverhalten:

- Ungleichmäßig
- Allgemein untüchtig

Allgemeines Verhalten:

- Trinken und betrunken bei der Arbeit
- Völlig unzuverlässig
- Wiederholte Krankenhauseinweisungen
- Sichtbarer körperlicher Verfall
- Ernste finanzielle Probleme
- Ernsthaftes familiäre Probleme wie Scheidung
- "Meine Arbeit stört mein Trinken".

Quelle: DHS 1990, S. 16

Aussagefähig werden die Faktoren erst im Zusammenhang; bei guter Kenntnis der Person und dem Beobachten von allmählichen Verhaltensveränderungen und –auffälligkeiten (vgl. LAUSSER u.a. 1986, S. 283). Betriebsmitglieder sollen keine Diagnose stellen. Das machen besser die Fachleute. Insbesondere die Vorgesetzten haben im Rahmen der betrieblichen Suchtprävention die Aufgabe, Arbeits- und Leistungsstörungen auf einen möglichen Zusammenhang mit Alkoholmißbrauch zu überprüfen und gegebenenfalls frühzeitig anzusprechen.

Während die meisten Menschen bei körperlichen Krankheiten bereit sind, sich von Fachleuten helfen zu lassen, ist dies bei psychischen Leiden häufig nicht der Fall. Es gilt oft immer noch als Schande, mit seelischen und sozialen Problemen nicht alleine fertig zu werden. Daher verbergen die Betroffenen ihr Leiden solange wie irgend möglich. Bei Abhängigen kommt hinzu, daß sie sich von ihrem Suchtmittel trotz tausendfacher Enttäuschung Befriedigung versprechen. Ohne ihr Suchtmittel haben sie keine Möglichkeit, sich normal zu fühlen. Sie haben Angst, ins Leere zu fallen. Diese Angst wird begreiflich, wenn man bedenkt, wie lange das süchtige Verhalten vorherrschendes Reaktionsmuster auf verschiedene Bedürfnisse und Situationen ist und durch wieviel neue Verhaltensweisen und Einstellungen es im Laufe der Behandlung ersetzt werden muß. Für viele Abhängige ist der Schritt in fachliche Beratung und Behandlung sehr schwer und oft erst nach einer schweren Krise und unter starkem äußerem Druck möglich (drohender Arbeitsplatzverlust, finanzielle Notlage, Trennung von der Familie usw.). Erst wenn sie unter den Folgen der Abhängigkeit mehr leiden, als diese ihnen trotz aller negativen Folgen noch geben kann, finden sie die Kraft zur Veränderung.

Die Motivation zur Behandlung wird bei der Mehrzahl der Alkoholkranken primär fremdbestimmt. ALKÄMPER (s. 1985, S. 43) nennt als Anlaß mit dem Trinken aufzuhören, an erster Stelle berufliche Probleme und Schwierigkeiten mit dem Partner, weiterhin Gesundheit und finanzielle

Gründe. In den meisten Fällen handelt es sich um eine Kombination von Gründen (vgl. RUßLAND 1988, S. 28)

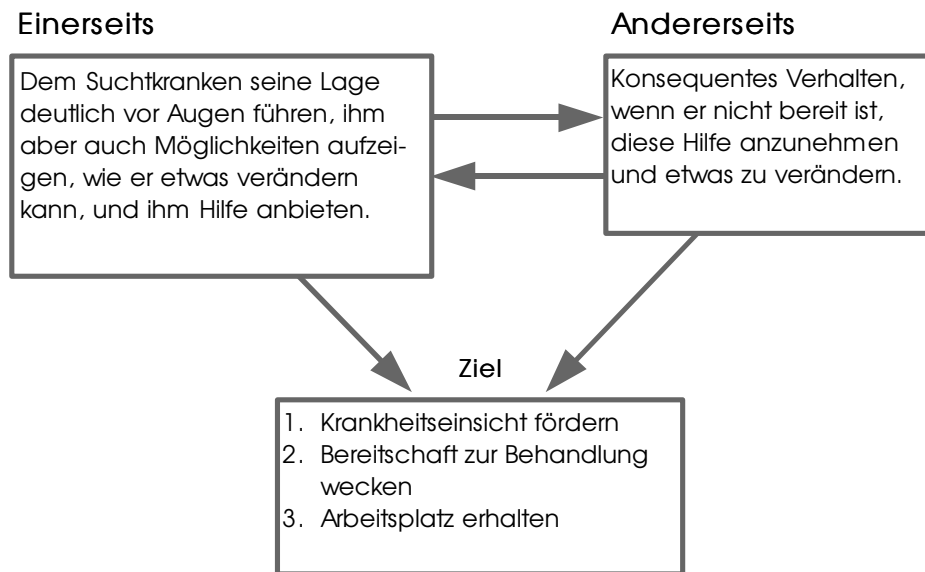
5.2.2 Konstruktiver Leidensdruck

Erfahrungsgemäß spielt das betriebliche Umfeld bei der Motivation zur Behandlung eine entscheidende Rolle. Nicht allein Fachleute und Experten, sondern vor allem die unmittelbare Umgebung des Betroffenen müssen die entscheidenden Hilfen zur Einsichtsfähigkeit anbieten. Ohne eine gezielte und sachliche Konfrontation mit alkoholbedingten Problemen ist ein Abhängiger, wenn überhaupt, zu einem sehr späten Zeitpunkt seiner Krankheitsentwicklung bereit, therapeutische Unterstützung anzunehmen (vgl. LANDESVERBAND DER BETRIEBSKANKENKASSEN NORDRHEIN – WESTFALEN 1991, S. 26).

Einem betroffenen berufstätigen Menschen ist die Stellung wichtiger als vieles andere. Dem Arbeitsplatz wird häufig, insbesondere bei Männern, sogar Vorrang vor der Familie eingeräumt. Dabei ist dem Alkoholiker vollkommen bewußt, welche Bedeutung das Arbeitsverhältnis für ihn hat. Er sichert sich damit seine wirtschaftliche Existenz, es bietet ihm noch ein Mindestmaß an Ordnung und es vermittelt ihm das Gefühl, noch an irgendeiner Gemeinschaft teilhaben zu können. Die dennoch zunehmende Isolation und Einsamkeit ist für den Alkoholiker ein wesentlicher Teil seines Leidens. Ihn bindet nicht nur die wirtschaftliche Not an seinen Arbeitgeber. Der Verlust des Arbeitsverhältnisses als eine ständige zwischenmenschliche Beziehung wiegt für ihn schwer.

Das Ziel der betrieblichen Maßnahmen besteht darin, den Alkoholiker zur Behandlung seiner Krankheit zu bewegen. Das gelingt jedoch nur, wenn der Leidensdruck im Betrieb höher ist als der Gewinn aus dem Alkohol. Dabei darf unter konstruktivem Leidensdruck nicht einseitig repressives Handeln verstanden werden. Vielmehr geht es darum, dem Abhängigen seine Lage deutlich vor Augen zu führen, klare realistische Forderungen zu stellen, Fehlverhalten sachlich aufzuzeigen und eigenverantwortliches Handeln einzufordern. Über eine ständige Rückkopplung soll ihm die Diskrepanz zwischen seiner Selbstwahrnehmung und der Tatsache, wie Kollegen und Vorgesetzte ihn erleben, deutlich werden („Damit Sie sehen, was wir sehen.“).

Darst. 14: Der konstruktive Leidensdruck



Das Schaubild verdeutlicht, daß konstruktiver Leidensdruck ein zielgerichtetes Handeln sein soll, bei dem es immer das 'Einerseits' und immer das 'Andererseits' gibt. Dem Hilfsangebot steht immer das konsequente Handeln gegenüber und umgekehrt. Die Verantwortung für eine Veränderung bleibt jedoch beim Alkoholabhängigen. Es darf also nur verlangt werden, was der Betroffene auch leisten kann und was man selbst durchsetzen und kontrollieren kann. Daher empfiehlt sich ein abgestuftes Vorgehen.

5.2.3 Stufenplan

Ein bewährtes Konzept, um sowohl die therapeutischen Anforderungen als auch die betrieblichen und arbeitsrechtlichen Rahmenbedingungen beim Umgang mit Alkoholikern zu gewährleisten, sind abgestufte Vorgehensweisen, die in der Praxis als 'Stufenplan' oder 'Interventionskette' bezeichnet werden.

Das Globalziel aller betrieblichen Interventionen ist die Beendigung des problematischen Trinkverhaltens, damit der Betroffene seiner Arbeitsverpflichtung wieder nachkommen kann und seine Gesundheit im Betrieb nicht weiter gefährdet. Dazu ist die Bereitschaft, Hilfe anzunehmen, Voraussetzung. Dies wird durch eine Reihe abgestuft wirkender Maßnahmen gefördert, die dem Betroffenen die Unangemessenheit seines Verhaltens einsichtig machen sollen (vgl. LAUSSER u.a. 1986, S. 288). Mit jedem einzelnen Schritt wird der konstruktive Leidensdruck verstärkt. Dabei wird die betriebliche Kritik von Sanktionen untermauert. Gleichzeitig werden die Hilfsangebote aufgezeigt und mit den Sanktionen gekoppelt. Durch die nachgewiesenermaßen erfolgreich in Anspruch genommene Hilfe kann

der Betroffene die angedrohte Sanktion vermeiden. Der Druck, der auf den Betroffenen ausgeübt werden soll, erfolgt dadurch,

- daß Arbeits- und Leistungsstörungen und der vermutete Zusammenhang zum Alkoholmißbrauch offen angesprochen werden,
- daß die Zahl der Personen, die an den Gesprächen teilnehmen, mit jedem Schritt größer wird,
- daß mit jedem folgenden Gespräch der nächsthöhere Vorgesetzte anwesend ist,
- daß die Hilfsangebote an Intensität zunehmen (z. B. ambulante Beratung, ambulante Behandlung, stationäre Behandlung),
- daß die arbeitsrechtlichen Sanktionen nach der betriebsüblichen Praxis angewendet werden (vgl. IG METALL 1991, S. 104).

Mögliche Sanktionen sind Verwarnung und individuelles absolutes Alkoholverbot, Lohnabzug bei Fehlzeiten, Streichen der Möglichkeit zu gleitender Arbeitszeit bzw. sonstiger Vergünstigungen und Privilegien, Versetzung auf einen Arbeitsplatz geringerer Qualität und Vergütungsgruppe, Abmahnung, Kündigung mit längerer Frist, Kündigung mit Wiedereinstellungsklausel und endgültige Kündigung (vgl. LAUSSER u.a. 1986, S. 290).

Die im Verlauf des Stufenplans beteiligten Stellen sind z.B. der direkte Vorgesetzte des Betroffenen, der nächsthöhere Vorgesetzte, die Personalabteilung, der Personalrat, Frauenbeauftragte, Vertrauensmann / frau der Behinderten, die Träger der betrieblichen Alkoholprävention, der ärztliche Dienst, engagierte Kollegen, Familienangehörige des Betroffenen, Freunde des Betroffenen. Der Vorgesetzte, die Personalabteilung und der Personalrat sollten für personelle Kontinuität sorgen. Ansonsten ist von Fall zu Fall zu entscheiden, wer an den Gesprächen teilnehmen sollte. Alle am Gespräch beteiligten Personen müssen sich über ein einheitliches Vorgehen verständigt haben. Für einen einheitlichen Umgang mit betroffenen Mitarbeitern ist notwendig,

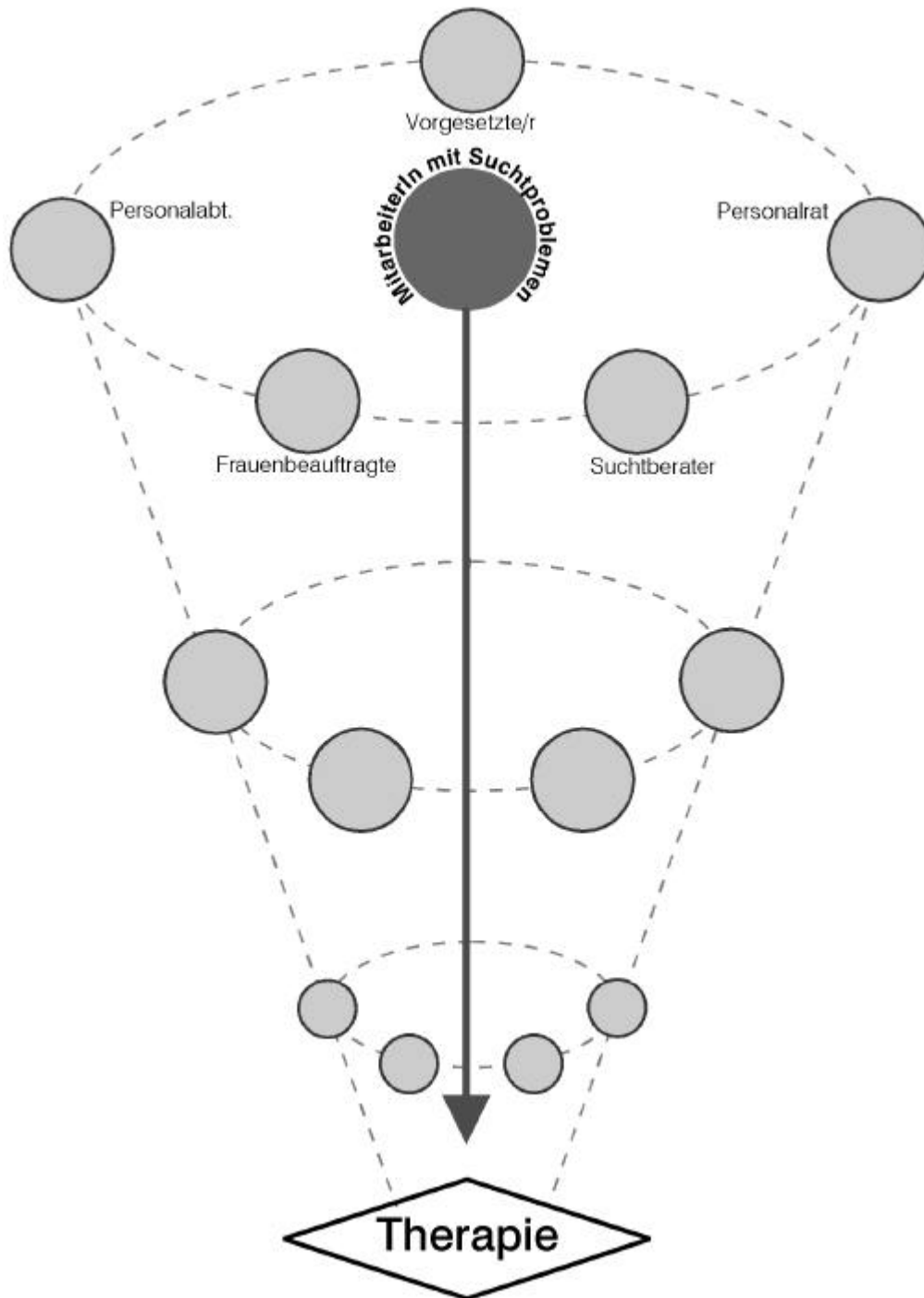
- daß alle Mitarbeiter, insbesondere Vorgesetzte, über die Krankheit informiert sind,
- daß einheitliche Grundsätze für die Bekämpfung des Alkoholismus aufgestellt sind,
- daß das Vorgehen aller betrieblichen Stellen miteinander abgestimmt ist,
- daß mit Suchtberatern zusammengearbeitet wird (vgl. LENFERS 1988, S. 92).

Die folgende Darstellung verdeutlicht die Prinzipien des gemeinsamen abgestuften Handelns:

- Alle beteiligten Personen handeln gemeinsam.

- Am Anfang ist der Spielraum für alle recht groß. Für den betroffenen Mitarbeiter, um selbstverantwortlich zu handeln, für die Intervenierenden, um sich zu irren.
- Mit jeder Stufe wird der Spielraum enger, der „Konstruktive Leidensdruck“ verstärkt.

Darst. 15: Therapie – Trichter



Quelle: nach DHS 1990, S. 21

Das Zusammenwirken der verschiedenen Personengruppen erfordert sehr viel Fingerspitzengefühl und nicht nur den Willen, sondern auch die Fähigkeit zu einer guten Zusammenarbeit. Voraussetzung für die Wirksamkeit der einzelnen Interventionsstufen ist, daß alle beteiligten betrieblichen Instanzen und die Helfer in bezug auf die Darlegung der Folgen fortgesetzten Alkoholmißbrauchs stichhaltig argumentieren, sich kongruent verhalten und konsequent vorgehen. Widersprüchliches Handeln würde der Abhängige dazu nutzen, die einzelnen Personengruppen gegeneinander auszuspielen.

5.2.3.1 Das Konfrontationsgespräch

Im Mittelpunkt aller Interventionen steht das Gespräch. Da dieses Gespräch zweck- und zielgebunden ist, wird es vielfach als Konfrontationsgespräch bezeichnet: Der betroffene Mitarbeiter soll mit den Arbeits- und Leistungsstörungen und dem vermuteten Zusammenhang zu seinem Alkoholmißbrauch konfrontiert werden. Konfrontationsgespräche werden in jeder einzelnen Stufe geführt. Von besonderer Bedeutung für das Einleiten und Gelingen der Hilfemaßnahmen ist das Erstgespräch. Es ist in der Regel von dem unmittelbaren Vorgesetzten des auffälligen Mitarbeiters zu führen. Im folgenden wird auf dieses erste Konfrontationsgespräch genauer eingegangen.

Werden Arbeits- und Leistungsstörungen bei einem Mitarbeiter festgestellt, die in einem Zusammenhang mit Alkoholmißbrauch zu sehen sind, muß der Betroffene sachlich, aber bestimmt auf diese Beobachtungen angesprochen werden. Dieses Gespräch sollte nur führen, wer aufgrund seiner Rolle und Funktion dazu autorisiert ist und wer die Beobachtungen möglichst genau belegen kann. Wie schon erwähnt, wird dies in der Regel der unmittelbare Vorgesetzte sein. Er hat sich auf ein solches Gespräch geistig, seelisch und zeitlich einzustellen. Die Entwicklung einer Strategie für dieses Gespräch empfiehlt sich. Im Hinblick auf die 'Vereinnahmungs-' und 'Abwehrstrategien' eines Alkoholikers muß das Führen eines solchen Gespräches mit den Vorgesetzten in einer Schulung trainiert werden. Die Kompetenz, dieses Gespräch zu führen, muß dem Vorgesetzten von der Unternehmensleitung ausdrücklich und unmißverständlich eingeräumt werden (vgl. MÜHLBAUER 1986, S. 83).

Inhalt des Gespräches sind nicht Beschuldigung und Entschuldigung oder andere moralisierende Vorhaltungen, sondern ist der Zusammenhang zwischen Alkoholmißbrauch und auffälligem Verhalten. Die Frage, ob ein Vorgesetzter erst dann intervenieren sollte, wenn ausdrücklich feststellbare negative Arbeitsfolgen vorliegen oder schon bei den ersten 'Auffälligkeiten', die noch ohne negative Auswirkungen auf die Arbeitsleistung sind, wird kontrovers diskutiert. LAUSSER u.a. (s. 1986, S. 283) weisen in diesem Zusammenhang auf die Fürsorgepflicht hin, die eine frühzeitige Ansprache des gesundheitsgefährdenden Verhaltens legitimiert, bevor im

Detail bestimmbare negative Auswirkungen vorliegen. M. E. ist diese Einschätzung nicht praktikabel und unrealistisch. Darüber hinaus besteht die Gefahr, daß ohne konkrete Fakten moralisierend in Persönlichkeitsrechte eingegriffen wird. Die Verführung, die Retterrolle zu übernehmen ist groß.

Das Gespräch hat weder einen diagnostischen noch einen disziplinarischen geschweige denn einen therapeutischen Charakter. Das Ziel dieses Gespräches ist, das problematische Verhalten des Mitarbeiters anzusprechen, den vermuteten Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum herzustellen und auf Hilfsmöglichkeiten hinzuweisen. Da der Vorgesetzte die Diagnose nicht vornehmen kann und darf, sollte jegliche Äußerung hinsichtlich einer Alkoholkrankheit unterbleiben (vgl. LAUFER 1987, S. 246). Der Aufbau einer Abwehrhaltung sollte vermieden werden. Der Betroffene soll durch das Gespräch vielmehr motiviert werden, das eigene Verhalten zu überdenken, um dann aus eigenem Antrieb fachkundige Beratung in Anspruch zu nehmen oder auch aus eigener Kraft sein Konsumverhalten zu verändern.¹ Zusammenfassend sollten folgende Regeln bei dem Konfrontationsgespräch beachtet werden:

- ich bin O.K. – du bist O.K. – Grundeinstellung;
- Fakten nennen und damit Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung sachlich aufzeigen;
- fürsorglich konfrontieren;
- die Bedeutung seiner Gesundheit für ihn und den Betrieb aufzeigen;
- Hilfswege aufzeigen;
- keine Verantwortung für den Betroffenen übernehmen;
- nur Konsequenzen aussprechen, die man einhalten und überprüfen kann;
- Abschluß des Gespräches mit einer Vereinbarung.²

Nachfolgendes Gesprächsschema ist eine hilfreiche Orientierung zur Führung eines Konfrontationsgespräches.

¹ Nach meiner Erfahrung ist die Veränderung des Konsumverhaltens aus eigener Kraft dann besonders häufig, wenn das Problem sehr frühzeitig angesprochen wird. Die Suchtdynamik ist noch nicht größer als die eigene Steuerungsfähigkeit. Der Betroffene kann noch wahrnehmen, daß er seinen Arbeitsplatz gefährdet, wenn er weitertrinkt. Eine Intervention ist also um so erfolgreicher, je früher sie (allerdings aufgrund klarer Fakten) erfolgt.

² Vgl. Dazu: LAUFER 1987; LENFERS 1988, S. 133 ff; MÜHLBAUER 1986, S. 84 ff und S. 132 f.,

Darst. 16: Leitfaden für das Konfrontationsgespräch

1. Vorbereitung

Fakten sammeln, Zusammenhang mit Alkoholkonsum prüfen, Rollenverteilung klären, Ziele festlegen.

2. Eingangskontakt

Offene Atmosphäre schaffen, mit Namen begrüßen, Platz anbieten, höflich und angemessen freundlich sein, gemeinsames Interesse herausstellen, offenen Meinungs austausch erbitten.

3. Beanstandung

Fakten konkret darstellen und auf den Arbeitsbereich beschränken, Zusammenhang zwischen den Fakten und dem Alkoholkonsum darlegen, keine (!) Vermutung zur Alkoholabhängigkeit äußern.

4. Stellungnahme

Mitarbeiter aufmerksam anhören, ihn ausreden lassen, bei Unklarheiten oder Widersprüchen rückfragen, nicht vom alkoholbedingten Sachverhalt ablenken lassen (!).

5. Bewertung

Stellungnahme des Mitarbeiters überdenken, Auswirkungen des Trinkverhaltens auf die betrieblichen Belange verdeutlichen, Mitarbeiterverantwortung hervorheben, konsequent bleiben.

6. Vereinbarung

Lösungsvorschläge erbitten, erfüllbare Auflagen machen, Hilfen anbieten, für Rückfälligkeit realistische Konsequenzen ankündigen.

7. Gesprächsabschluß

Konstruktiven Gesprächsverlauf würdigen, grundsätzliche Wertschätzung signalisieren, positive Erwartungen äußern.

Quelle: Lippmann u.a. 1988

5.3 Tertiärprävention

Die Nachsorgephase zielt darauf ab, die in der Therapie entwickelten Ansätze zu vertiefen bzw. zu erweitern und damit die möglichen Folgeschäden für den Betroffenen und sein Umfeld zu vermeiden sowie das Rückfallrisiko zu minimieren. Die Tertiärprävention soll gewährleisten:

- Betreuung während und nach einer Entwöhnungsmaßnahme,
- Information des sozialen Umfeldes über die Alkoholabhängigkeit und Vorbereitung der Rückkehr des Behandelten an den Arbeitsplatz,
- Akzeptanz der alkoholfreien Lebensweise des behandelten Alkoholkranken (vgl. ZIEGLER 1990, S. 462).

Ein wichtiger Teil dieser Phase ist für den Betrieb die Wiedereingliederung des behandelten Alkoholikers in den Arbeitsprozeß.¹

5.3.1 Rehabilitation

Nach Abschluß der Entwöhnungsbehandlung ist die Rehabilitation von Alkoholikern wegen der sozialen Implikationen der Abhängigkeitserkrankung und der lebenslangen Gefährdung durch die latent weiterbestehende psychische Abhängigkeit besonders wichtig, aber auch schwierig (vgl. FEUERLEIN 1989, S. 215). Die betrieblichen Stellen (Personalabteilung, Vorgesetzte, Personalrat, Suchtkrankenhelfer etc.) streben die Wiedereingliederung des Mitarbeiters an und bereiten diese vor. Wichtig für eine erfolgreiche Reintegration am Arbeitsplatz ist der Kontakt mit der Behandlungseinrichtung und dem Betroffenen noch während der Therapie. Das Umfeld, in das der Betroffene integriert werden soll, spielt für den Behandlungserfolg eine wichtige Rolle.

Drei Möglichkeiten für eine betriebliche Wiedereingliederung kommen in Betracht:

- „Weiterbeschäftigung am bisherigen unveränderten Arbeitsplatz,
- Weiterbeschäftigung am bisherigen Arbeitsplatz, jedoch unter teils modifizierten Bedingungen,
- Versetzung auf einen anderen Arbeitsplatz“ (LAUSSER u.a. 1986, S. 298).

Entgegen einem weit verbreiteten Vorurteil ist es sinnvoll, den Mitarbeiter an seinem alten Arbeitsplatz weiterzubeschäftigen und ihn nicht durch eine Umsetzung mit neuen Arbeitsbedingungen und neuen Kollegen zu konfrontieren, zumal die meisten Mitarbeiter eine Umsetzung als Abqualifizierung werten, wenn sie nicht ausdrücklich selbst gewünscht wird. Für die Priorität des bisherigen Arbeitsplatzes spricht aus Sicht des Betriebes auch, daß der oft langjährige Mitarbeiter hier spezifische und wertvolle Kompetenzen und Qualifikationen erworben hat. Außerdem ist meine Erfahrung, daß ehemalige Kollegen, die den Kranken aus 'nasser' Zeit kennen – wenn sie entsprechend vorbereitet werden – besonders sorgfältig

¹ Ich spreche auch weiterhin von 'Alkoholiker', weil die Krankheit mit Abschluß der Behandlung nicht geheilt, sondern nach bisherigen Kenntnissen nur zum Stillstand gebracht ist. Daraus ergibt sich die Abstinenzverpflichtung als Voraussetzung für eine erfolgreiche Rehabilitation (vgl. FEUERLEIN 1989, S. 215).

tig und umsichtig, aber ohne Vorbehalte helfen können. Ein positiver Nebeneffekt ist häufig, daß sich schon während der Behandlungszeit, in der Verarbeitung des Vergangenen und in Vorbereitung auf die Rückkehr des betroffenen Kollegen, die Trinksitten der Abteilung ändern.

Besondere Beachtung ist der Vorbeugung und dem Auftreten von Rückfällen¹ zu schenken. Die kritische Zeit nach einer Behandlung sind nach Einschätzung von ATHEN u. SCHUSTER (s. 1989, S. 49) die ersten drei Monate. Rückfälle sind ganz besonders häufig, wenn im Anschluß an die Entwöhnungsphase keine genügende Nachsorge erfolgt. Häufige Gefährdungssituationen am Arbeitsplatz sind:

- fehlende Akzeptanz von den Kollegen,
- Über- oder Unterforderung am Arbeitsplatz,
- Konflikte mit Vorgesetzten und / oder Kollegen,
- schlechtes Arbeitsklima,
- fehlende Arbeitszufriedenheit,
- Verführung durch Kollegen²

Sobald der Vorgesetzte oder die Kollegen einen Rückfall bemerken, müssen sie sofort handeln, um die Situation so früh wie möglich zu entschärfen. Sie sollten nicht auf die Selbstheilungskräfte des Alkoholkranken setzen. Völlig falsch ist es, einen Rückfall zu verharmlosen oder zu verschleiern. Allerdings ist auch zu bedenken, daß bei vielen Alkoholkranken mindestens ein Rückfall nötig ist, um sich endgültig für die Abstinenz zu entscheiden. FEUERLEIN weist darauf hin, „daß etwa 50% auch der stationär behandelten Alkoholiker, im Zeitraum von vier Jahren nach einer Entwöhnungsbehandlung mindestens einmal wieder rückfällig werden“ (ebd. 1989, S. 162). Mancher Alkoholkranker braucht zwei, drei Entzüge, bis er trocken bleiben kann. Ein Rückfall ist bei abstinentzbereiten Abhängigen nicht mehr als eine „...vorübergehende Unterbrechung der Nüchternheit...“ mit oder ohne negative Konsequenzen (KIELSTEIN 1990, S. 90).³

5.3.2 Selbsthilfegruppen

Aufgrund der Rückfallgefährdung empfiehlt sich für den trockenen Alkoholiker nach abgeschlossener stationärer Behandlung der Besuch einer Selbsthilfegruppe. In der Selbsthilfegruppe hat der Alkoholiker die Möglichkeit, sich zu stabilisieren und anhand der Erfahrungen von anderen Gruppenmitgliedern neue Ziele auf neuen Wegen für sich zu erarbeiten.

¹ Als Rückfall bezeichnet man den Wiederbeginn des Trinkens, obwohl der Alkoholiker schon gewisse Zeit abstinent gelebt hat (vgl. FEUERLEIN / DITTMAR 1982, S. 43).

² Vgl. dazu FEUERLEIN / DITTMAR 1982, S. 43; KIELSTEIN 1990, S. 80 f.

³ Eine ausführlichere Darstellung der Rückfallproblematik findet sich bei ATHEN / SCHUSTER 1989, S. 49 f und DITTMANN / KÖRKEL 1989.

Indem er eigene Erfahrungen in die Gruppe einbringt, ist er für sich selbst aktiv. In Belastungssituationen, die zum Rückfall führen könnten, erfährt er hier Halt und Hilfe. Durch die spezifische Gruppensituation und die darin zum Ausdruck kommende gegenseitige Stärkung wird der Alkoholiker zunehmend fähig, frei zu entscheiden und selbständig eigenverantwortlich zu handeln.

Die Gruppen bestehen vorwiegend aus trockenen Alkoholikern, die ihre Expertenschaft aus ihrem Betroffensein ableiten. Auch in Betrieben können sich Selbsthilfegruppen bilden, deren Organisation und Funktion allerdings betriebspezifisch gestaltet werden müssen. Wichtige Merkmale von Selbsthilfegruppen sind:

- „Alle gehen in die Gruppe wegen ihrer eigenen Schwierigkeiten.
- Alle Teilnehmer sind gleichberechtigt – es gibt keine Leiter / in.
- Gemeinsame Fragen der Gruppe entscheiden sie in gemeinsamer Verantwortung.
- Was in der Gruppe besprochen wird, bleibt in der Gruppe (Schweigepflicht).
- Eine Gruppe ist dann gut, wenn die Gruppenteilnehmer / innen sich vertrauensvoll öffnen und Probleme einer Lösung zuführen können.
- Die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe ist kostenlos“ (IG METALL 1991, S. 110).

Es gibt an Selbsthilfeorganisationen¹ gebundene Gruppen, an Beratungsstellen gebundene und eben innerbetrieblich organisierte Selbsthilfegruppen. Die Bedeutung der Selbsthilfegruppen für die Tertiärprävention ist allgemein anerkannt.²

6 Besonderheiten des öffentlichen Dienstes

In der bisherigen allgemeinen Darstellung der betrieblichen Suchtprävention wurde keine explizite Unterscheidung zwischen dem öffentlichen Dienst und Wirtschaftsunternehmen gemacht. In der Praxis gibt es bei den Hilfeprogrammen auch keine grundsätzlichen Unterschiede, lediglich einige rechtliche Aspekte sind zu beachten, die im folgenden dargelegt werden.

Der Hinweis, daß 'Profit Unternehmen' andere Motivationen zur Durchführung eines Programmes haben, wurde an anderer Stelle schon gegeben.

¹ Anonyme Alkoholiker, das Blaue Kreuz, der Freundeskreis, der Guttemplerorden und der Kreuzbund sind die bekanntesten.

² Auf das Thema Selbsthilfegruppen soll im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter eingegangen werden. Vgl. dazu DHS 1982, KICKBUSCH / TROJAHN 1981, KNISCHEWISKI 1976, NEUDORFF / SCHIEL 1982.

Für die öffentlichen Arbeitgeber betonen CLAUSSEN / CZAPSKI eine besondere Verpflichtung der Allgemeinheit gegenüber: „Die Tätigkeit aller im öffentlichen Dienst Beschäftigten dient der Allgemeinheit, nicht den Interessen eines bestimmten Arbeitgebers. Die Bevölkerung muß sich deshalb nicht nur bei Beamten, sondern auch bei Angestellten und Arbeitern darauf verlassen können, daß sie die ihnen übertragenen Aufgaben entsprechend den für sie geltenden Pflichten uneingeschränkt erfüllen“ (ebd. 1991, S. 53).

6.1 Alkoholverfehlungen von Beamten

Unter Alkoholverfehlungen verstehen CLAUSSEN / CZAPSKI „Verfehlungen, bei denen der Genuß von Alkohol als solcher pflichtwidrig ist oder wo – wie bei einer Trunkenheit am Steuer – die Alkoholeinwirkung zum Tatbestand einer Straftat gehört“ (ebd. 1991, S. 31).

Besteht ein absolutes Alkoholverbot, dann ist jeder Alkoholgenuß pflichtwidrig. „Fehlt ein Alkoholverbot, dann kann sich eine Pflichtverletzung daraus ergeben, daß der Beamte durch den Genuß alkoholischer Getränke im Dienst seine Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Nach § 54 Satz 1 BBG (Bundesbeamtengesetz) muß sich der Beamte mit voller Hingabe seinem Beruf widmen. Das bedeutet, daß er sich mit allen körperlichen und geistigen Kräften für seinen Beruf einzusetzen und sich deshalb im Dienst beim Genuß von Alkohol größte Mäßigung aufzuerlegen hat“ (CLAUSSEN / CZAPSKI 1991, S. 32 f).

Im Einzelfall ist der Alkoholgenuß außerhalb des Dienstes dann pflichtwidrig, wenn der Beamte dadurch

- „seine (zeitweilige) Dienstunfähigkeit herbeiführt oder
- unter Alkoholeinwirkung den Dienst antritt und in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist“ (CLAUSSEN / CZAPSKI 1991, S. 33).

Zu der Problematik, ob und wann einem Beamten ein disziplinarer Vorwurf gemacht werden kann, wurde von dem Bundesverwaltungsgericht in mehreren Entscheidungen Stellung genommen. CLAUSSEN / CZAPSKI haben darauf folgende Aussagen abgeleitet:

- „Trunksucht ist eine Krankheit.
- Dem Beamten obliegt die Pflicht, seine Arbeitskraft voll zu erhalten und die beschränkte oder verlorene Arbeitskraft bestmöglichst wieder herzustellen (§§ 2 Abs. 1, 54 Satz 1 BBG). Mit dieser Verpflichtung ist es unvereinbar, daß ein Beamter schuldhaft die Ursache für eine Erkrankung setzt, beim Bestehen einer Erkrankung die zur Heilung erforderlichen Schritte unterläßt, z.B. eine Alkoholentziehungskur ablehnt oder vorzeitig abbricht, nach einer erfolgreichen Kur unter Mißachtung ärztli-

cher Anweisungen oder Auflagen den Heilerfolg zunichte macht und durch erneuten Alkoholgenuß den Rückfall einleitet.

- Zur Tatbestandsmäßigkeit gehört, daß das Verhalten zu dienstlichen Auswirkungen geführt hat.
- Bei der Feststellung des Verschuldens gelten die allgemeinen Grundsätze. Fahrlässigkeit reicht also aus. Aus der Tatsache der Entstehung der Trunksucht allein kann jedoch noch nicht ohne weiteres auf ein schuldhaftes Verhalten geschlossen werden. Wegen des Bewußtseins der Pflichtwidrigkeit und der Notwendigkeit der Belehrung über disziplinare Konsequenzen übermäßigen oder unzulässigen Alkoholgenusses“ (ebd. 1991, S. 34 f).

Wenn ein Beamter unter Alkoholeinwirkung außerhalb des Dienstes Straftaten von erheblichem Gewicht begeht, kann das zu Disziplinarmaßnahmen führen. CLAUSSEN / CZAPSKI (1991, S. 36 f) weisen besonders auf die Trunkenheit am Steuer hin.

Besteht der Verdacht einer Alkoholverfehlung, so muß der Dienstvorgesetzte nach der zwingenden Vorschrift des § 26 BDO (Bundesbeamtinnenordnung) Vorermittlungen durchführen.

Eine weitere Besonderheit für die Beamten ist die Anzeige und Meldepflicht von Vorgesetzten und Kollegen bei einem alkoholbedingten Fehlverhalten. CLAUSSEN / Capski führen dazu aus: „Wird das Fehlverhalten eines Bediensteten, das den Verdacht einer Alkoholverfehlung begründet, nicht vom Dienstvorgesetzten, sondern vom Vorgesetzten (z.B. einem aufsichtsführenden Beamten) entdeckt, ist dieser aufgrund seiner Unterstützungspflicht nach § 55 Satz 1 BBG gehalten, dem Dienstvorgesetzten seine Beobachtungen mitzuteilen. Unterläßt er dies, handelt er selbst pflichtwidrig. In Ausnahmefällen kann sich auch sogar für einen Kollegen eine Meldepflicht aus § 55 Satz 1 BBG ergeben. Das käme in Betracht, wenn durch übermäßigen Alkoholgenuß eines Beamten eine konkrete Gefahrenlage herbeigeführt wird, die zu einer schwerwiegenden Rechtsgutverletzung führen kann“ (ebd. 1991, S. 38).

6.2 Alkoholverfehlungen von Arbeitern und Angestellten des öffentlichen Dienstes

Die Zahl der im öffentlichen Dienst beschäftigten Arbeitnehmer ist bei weitem höher als die der Beamten, daher kommt den alkoholbedingten Arbeits- und Leistungsstörungen dieses Personenkreises auch in quantitativer Hinsicht erhebliche Bedeutung zu.

Die Pflichten der öffentlichen Arbeitnehmer sind im Gegensatz zu denen der Beamten in einem privatrechtlichen Arbeitsverhältnis begründet. Sie ergeben sich aus dem Arbeitsverhältnis und in Verbindung damit aus den

Manteltarifverträgen des öffentlichen Dienstes. „Hier fehlt es zwar an der dem Beamtenverhältnis vergleichbaren Verpflichtung ‘zur vollen Hingabe an den Beruf’ als Anknüpfungspunkt bei alkoholbedingten Leistungsstörungen“ (CLAUSSEN / CZAPSKI 1991, S. 54). Für die Arbeitnehmer aus dem öffentlichen Dienst ergeben sich jedoch aus dem Arbeitsvertrag folgende abzuleitende Pflichten:

- die Arbeitskraft innerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit zur Verfügung zu stellen,
- sich so zu verhalten, wie es von Angehörigen des öffentlichen Dienstes erwartet wird,
- den dienstlichen Anordnungen nachzukommen. (vgl. CLAUSSEN / CZAPSKI 1991, S. 54)

Alkoholverfehlungen sind immer dann gegeben, wenn ein Arbeitnehmer seinen arbeitsvertraglichen Verpflichtungen aufgrund des Alkoholgenusses nicht mehr nachkommen kann. Das gilt insbesondere dann, wenn die Tätigkeiten gefährlich oder schadensträchtig sind.

Ein Alkoholverbot für Mitarbeiter im öffentlichen Dienst ist mitbestimmungspflichtig (vgl. CLAUSSEN / CZAPSKI 1991, S. 56).

Der Alkoholgenuß außerhalb der Arbeitszeit ist dann pflichtwidrig, wenn hierdurch das Arbeitsverhältnis konkret berührt wird, „sei es im Leistungsbereich, im Bereich der dienststellenbezogenen Verbundenheit aller Mitarbeiter, im personalen Vertrauensbereich oder im behördlichen Aufgabenbereich“ (CLAUSSEN / CZAPSKI 1991, S. 56). Dies ist dann der Fall, wenn ein Arbeitnehmer infolge seines Alkoholgenusses nicht in der Lage ist, seine Arbeit ordnungsgemäß zu verrichten oder bei einem bestehenden Alkoholverbot angetrunken zur Arbeit erscheint.

Im Unterschied zu den differenzierten Anforderungen an einen alkoholkranken Beamten ist nach neueren arbeitsgerichtlichen Rechtsprechungen bei öffentlichen Arbeitnehmern davon auszugehen, „daß auf Alkoholabhängigkeit beruhende Störungen des Arbeitsverhältnisses grundsätzlich nicht als schuldhaftes Verhalten vorwerfbar sind“ (CLAUSSEN / CZAPSKI 1991, S. 57).

Will ein Vorgesetzter gegen einen Arbeitnehmer wegen alkoholbedingt vertragswidrigem Verhalten vorgehen, muß er „im Rahmen seiner Fürsorgepflicht, der Verpflichtung zur Dienstaufsicht sowie unter Beachtung allgemeiner rechtsstaatlicher Verfahrensgrundsätze... den Sachverhalt so aufklären, daß eine ausreichende Entscheidungsgrundlage vorhanden ist“ (CLAUSSEN / CZAPSKI 1991, S. 58).

7 Zusammenfassung

Ausgangspunkt betrieblicher Alkoholpräventionsprogramme sind in der Regel die durch Alkoholkonsum und Alkoholmißbrauch entstehenden Probleme gesundheitlicher und sozialer Art für die Mitarbeiter sowie wirtschaftlicher und sozialer Art für den Betrieb.

Betriebe verfolgen mit den dargestellten Präventionsprogrammen vier Hauptziele:

1. Alkoholkonsum und –mißbrauch von Mitarbeitern soll reduziert oder sogar ganz abgebaut werden, um die kostenrelevanten Auswirkungen auf den Betrieb zu minimieren.
2. Betroffenen Mitarbeitern sollen Hilfsangebote gemacht werden, um den Krankheitsverlauf zum Stillstand zu bringen.
3. Vorgesetzte sollen im Umgang mit diesen schwierigen Mitarbeitern durch Handlungsorientierung unterstützt werden.
4. Das konsequente Handeln des Arbeitgebers gegenüber einem Arbeitnehmer soll entsprechend der gängigen Rechtsprechung der Arbeitsgerichte abgesichert sein.

Das Modell der betrieblichen Suchtprävention wird in Aufbau- und Ablauforganisation differenziert. Die Aufbauorganisation umfaßt strukturbestimmende Elemente, die für das ganze Modell Richtliniencharakter besitzen. Von zentraler Bedeutung sind dabei der Arbeitskreis, der für die Organisation und Koordination des betrieblichen Alkoholpräventionsprogrammes verantwortlich ist, und die betriebliche Suchtkrankenhilfe. Die Kooperation und die Unterstützung der Vorgesetzten und des Betriebs- bzw. Personalrates sind Voraussetzung für die Implementierung eines Handlungskonzeptes in eine Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung.

Die Ablauforganisation gliedert sich in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Die Primärprävention richtet sich an alle, auch die gesunden Mitarbeiter, um dem Alkoholmißbrauch am Arbeitsplatz vorzubeugen. Wie dargestellt, verfolgt die Primärprävention eine Verhaltensänderung mit Hilfe zweier Strategien: Die kommunikative Primärprävention beinhaltet einerseits die Information und Aufklärung der Mitarbeiter, andererseits die Schulung und Weiterbildung von Vorgesetzten und Personalräten. Die strukturelle Primärprävention hat die Aufgabe, Verhältnisse zu verändern, die zu erhöhtem Alkoholkonsum führen. Die Sekundärprävention richtet sich an akut oder manifest Alkoholgefährdete und –kranke. Sie umfaßt daher Hilfemaßnahmen zur Früherkennung und Verfahrensregelungen zum angemessenen Handeln. Im Zentrum der Maßnahmen steht das Stufenmodell. Über den Aufbau des konstruktiven Leidensdrucks soll der

alkoholranke Mitarbeiter motiviert werden, Hilfe in Form von Beratung oder Behandlung anzunehmen. Die Tertiärprävention tritt in Kraft, wenn der Betroffene sich in Behandlung begibt. Sie bezieht sich auf trockene Alkoholiker und deren Umfeld mit dem Ziel, einem Rückfall vorzubeugen und den Behandlungserfolg langfristig zu sichern. Es wird davon ausgegangen, daß auf Dauer nur die Kombination dieser drei Präventionsformen einen Erfolg der betrieblichen Alkoholprävention sichern, da sie aufeinander aufbauen und sich gegenseitig ergänzen. Ebenso erfolgsrelevant ist, daß die Alkoholprävention betriebsspezifisch gestaltet wird. Welche Maßnahmen sinnvoll sind, hängt von der Struktur des Betriebes ab, von der Problemwahrnehmung durch die verantwortlichen Funktionsträger und der Einbindung bestimmter vorhandener bzw. zu schaffender betrieblicher Einrichtungen.

Das Modell einer betrieblichen Suchtprävention eröffnet nicht nur Chancen, sondern hat auch eindeutige Grenzen. Im Hinblick auf die Verschiedenheit der Betriebe und der individuellen Problemstellungen muß festgehalten werden, daß es das für alle Betriebe gültige Präventionsprogramm nicht gibt. Vielmehr ist es notwendig, aufgrund der Bedingungen, ein auf den jeweiligen Betrieb abgestimmtes Konzept kommunikativer, struktureller und individueller Maßnahmen einzuführen, das in Bezug auf seine Wirksamkeit beobachtet und schrittweise verbessert wird.

Wer Alkoholmißbrauch am Arbeitsplatz beseitigen und Alkoholkranken helfen will, muß überlegt, systematisch und angemessen handeln. Gutgemeinte Einzelaktionen sind nicht hilfreich, sondern nur aufeinander abgestimmte Maßnahmen, die das besondere Krankheitsbild berücksichtigen. Dabei ist es besser, in kleinen Schritten vorzugehen, als mit großen einmaligen Aktionen auf den großen Erfolg zu hoffen. Nach allgemeiner Erfahrung dauert es Jahre, bis die Widerstände im Betrieb soweit abgebaut sind, daß über Alkoholprobleme offener gesprochen werden kann und Hilfemaßnahmen auch ohne Druck angenommen werden. Der Erfolg eines betrieblichen Alkoholpräventionsprogrammes zeigt sich in einer allgemeinen Sensibilisierung gegenüber der Problematik, einer Veränderung im Umgang mit Alkoholauffälligen, einem frühzeitigen und kompetenteren Eingreifen der Vorgesetzten bei Alkoholauffälligkeiten, einer Veränderung der Trinkkultur und der Abnahme co-alkoholischer Verhaltensweisen.

TEIL III Pilotprojekt – Alkoholprävention an einer Universität

Die hier vorgenommene Auswertung des Forschungsprozesses gilt nicht primär der Verifikation einer zuvor aufgestellten Untersuchungshypothese, sondern der theoriegeleiteten rekonstruktiven Analyse des Prozeßverlaufs. Der Projektverlauf lag trotz der vielfältigen – auch eigenen – Vorerfahrungen mit der betrieblichen Suchtprävention nicht fest. Jede Situation, in der Menschen zu einem bestimmten Zeitpunkt in einem bestimmten System handeln, ist immer einzigartig. Obwohl eine Reziprozität zwischen Singularität und Generalisierung besteht, lassen sich die Erfahrungen aus schon durchgeführten Projekten nicht verallgemeinern. Der Projektverlauf erfolgte ähnlich dem „Hermeneutischen Zirkel“ zyklisch. Die Rückkopplung von Zwischenergebnissen erfolgte hauptsächlich über die Mitglieder des Arbeitskreises. Im Sinne der Aktionsforschung und in Anlehnung an das Phasenmodell von KURT LEWIN (vgl. BECKER / LANGOSCH 1995, S. 53ff) läßt sich ein Zyklus von Diagnose – Planung – Aktion – Auswertung – Planung – Aktion – Auswertung usw. beschreiben.

Der Forschungsprozeß ist realitätsnah angelegt. Ziel der Analyse (Reflexion) des Forschungsprozesses ist nicht die Generalisierbarkeit gewonnener Erkenntnisse und Ergebnisse, sondern deren Praxisrelevanz. Für die Vorgehensweise im Forschungsprozeß spielt dabei nicht nur die Systematik der einzelnen Schritte und Phasen eine Rolle, sondern auch die Art und Weise, wie das Verhältnis von Forscher und Beforschten definiert wird. Dabei ist entscheidend, daß die beteiligten Personen nicht als Objekte der Forschung betrachtet werden, sondern unter dem Gesichtspunkt, welche Veränderungen sich durch den Interaktionsprozeß in Bezug auf deren eigene Erwartungen und ihr Verhalten und auf den Interaktionsprozeß selber ergeben. Der Forschungsprozeß hier als ein Verfahren verstanden, in dem durch Handlungen und den Austausch von Erfahrungen und Erkenntnissen ein Lernprozeß bei allen Beteiligten initiiert wird. Ich kann mich BECKER und LANGOSCH anschließen, wenn sie sagen: „Insofern trägt die Aktionsforschung der – von Marx verkündeten und von Horkheimer und Adorno empirisch ausgewiesenen – Erkenntnis Rechnung, daß die Wissenschaft nicht nur dazu da sei, die Wirklichkeit so wie sie ist zu erforschen, sondern auch dazu, sie zu verändern“ (BECKER / LANGOSCH 1990, S. 62). Konsequenterweise sei hier noch der Hinweis

gegeben, daß die Wirklichkeit auch wissenschaftliches Handeln verändert.¹

Die folgende Darstellung des Forschungsprojektes ist also eine Momentaufnahme für den Zeitraum von Aug. 1993 bis Aug. 1996. Wenn Sie diese Arbeit lesen, wird sich der Prozeß schon weiterentwickelt haben. Und andere Personen werden ihn beeinflussen. Erfahrungen in anderen Unternehmen haben gezeigt, daß die vollständige Implementierung eines Alkoholpräventionskonzeptes und die Veränderung der Unternehmenskultur im Umgang mit Alkohol zwischen 7 und 10 Jahren dauert.

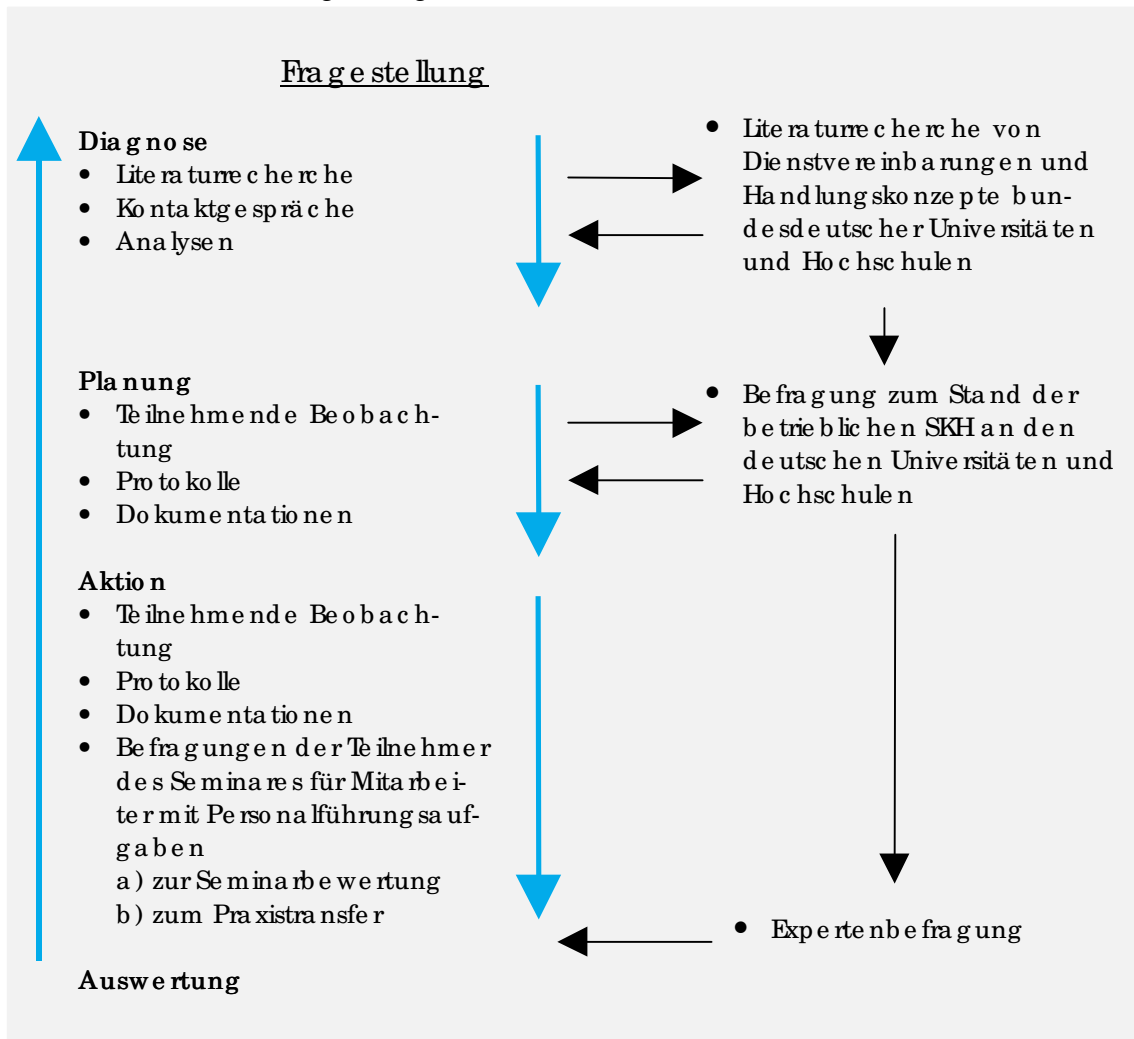
Um auch bei der Dokumentation des Pilotprojektes in der Systematik der Aktionsforschung zu bleiben, habe ich mich für eine weitgehend chronologische Darstellung entschieden, die durch die Gliederung nachvollzogen werden kann. Da jedoch die lebendige Handlung sich in zyklischen Rückkopplungsprozessen entwickelt, war darauf zu achten, daß es bei dieser Darstellungsweise nicht zu logischen Brüchen kommt. Deshalb werden auch später gewonnene Erkenntnisse immer wieder in die Darstellung früher datierter Handlungen einfließen. Zur Verdeutlichung werden sie *kursiv* hervorgehoben. Da diese Arbeit selbst, die Auswertung des Pilotprojektes ist, handelt es sich hier um eine rekonstruierte Chronologie.

¹ LEWIN und COLLIER gingen von der seinerzeit neuen, heute aber kaum mehr bestrittenen Erkenntnis aus, daß Wissenschaftler bei der Erforschung sozialer Prozesse diese durch ihre Eingriffe nicht unberührt lassen, sondern sie unausweichlich beeinflussen. Diese Erkenntnis findet sich in der Kybernetik II ebenso wie im Konstruktivismus und der Systemtheorie wieder. Die praktische Forschung besteht überwiegend aus deskriptiven Untersuchungen. Besonders im Konstruktivismus wird betont, daß durch wissenschaftliche Forschung ermittelte Daten nicht als vom Forscher unabhängig betrachtet werden können. Vielmehr sind die Ergebnisse wissenschaftlicher Arbeit als durch die Theorie und die Meßinstrumente des Wissenschaftlers konstruiert zu verstehen. "Insofern können diese Daten und Ergebnisse nicht als unabhängige Prüfinstanz für die Theorie gelten. Entsprechend kann auch das Prinzip der Falsifikation nicht anerkannt werden. Widersprechen erhobene Daten der aufgestellten Theorie, wird nach Störvariablen gesucht, die Theorie nicht verworfen; sie gilt jedoch als belastet" (STIMMER 1994, S. 291). Die Vertreter des Konstruktivismus postulieren, daß es keine Welt gibt, die unabhängig vom Bewußtsein der erkennenden Subjekte existiert. Menschen sind geschlossene Systeme, die die Welt aus sich heraus wahrnehmen und Wirklichkeit konstruieren. Für die Forschung bedeutet es, daß sie prinzipiell nie werturteilsfrei ist und Forscher nie unabhängig sind. Die Position des Forschers ist wie in der Kybernetik II in den Forschungsprozeß integriert. Forscher und Beforschte stehen in einem Dialog permanenter Veränderung: Das Handeln des Forschers ändert den Beforschten, die Reaktion des Beforschten beeinflußt den Forscher. LEWIN setzt Handeln, Forschen und Erziehen (Lernen) in ein Dreieck, das den gegenseitigen Bezug ausdrücken soll (VGL. LEWIN 1963 in: BECKER / LANGOSCH 1995).

Zum Prinzip der Werturteilsfreiheit im Forschungsprozeß meint Alemann, daß ein Wissenschaftler im Zweifelsfall die methodologischen Regeln höher stellen muß als seine persönlichen und politischen Überzeugungen. Wissenschaft könne jedoch nicht grundsätzlich werturteilsfrei durchgeführt werden. Der Forscher hat die Pflicht, seine Wertprämissen bei seinen Forschungen explizit deutlich zu machen (vgl. Alemann 1977, S. 56).

Es kommen überwiegend qualitative Forschungsmethoden zur Anwendung. Eingesetzte quantitative Methoden stehen dazu nicht im Widerspruch, weil sie der besseren Information dienen und damit sind sie qualitativ bestimmende Momente im Forschungsprozeß (vgl. HUSCHKE–RHEIN 1987, S. 189).

Darst. 17: Forschungsdesign



Die Darstellung müßte eigentlich dreidimensional und beweglich sein. Die Vereinfachung dient der besseren Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses. Der Realisierungsgrad des Ziels des Pilotprojektes (die Implementierung von Alkoholprävention an der Pilot-Universität) wird durch die Maßnahmen und Methoden der Aktionsforschung - dargestellt auf der linken Seite - evaluiert und modifiziert.

Am Anfang stand die Frage, wie ein wirksames Alkoholpräventionsprogramm für die Pilot-Universität auszusehen hätte. Die Diagnose führte zu der Arbeitsthese, daß die für Wirtschaftsunternehmen entwickelten Alkoholpräventionsprogramme allgemein nicht auf Universitäten übertragbar

sind. Die Forschungsverfahren auf der rechten Seite dienen in erster Linie der Überprüfung der These. Im Forschungsprozeß ergab sich eine gegenseitige Bedingung, die durch die schwarzen Pfeile markiert wurde. Es war zu überprüfen, ob für die Pilot-Universität gilt, was auch für andere Universitäten gelten kann und ob für andere Universitäten dasselbe gilt wie für die Pilot-Universität. Als vorläufiges Ergebnis wurde ein spezifisch auf die Verhältnisse der Pilot-Universität zugeschnittener Programmtyp durch Prozeßinitiierung und -evaluation entwickelt. Der dargestellte Kreisprozeß (hermeneutischer Zirkel) wurde mehrfach durchlaufen und abgebrochen, als sich zeigte, daß in ihm entwickelte Detailprozeßstrategien nicht mehr in wirksame Aktionen umgesetzt werden konnten.

1 Diagnose

1.1 Feldbeschreibung¹

Die Stadt, in der die Pilot-Universität liegt, hat ca. 62.000 Einwohner. Die nächsten Großstädte sind zwischen 70 und 120 km entfernt.

Historische Daten

- Pädagogische Hochschule seit 1946
- ab 1978 wissenschaftliche Hochschule
- ab 1989 Universität mit Rektorratsverfassung
- seit 1993 Universität mit Präsidialverfassung.

An der Universität sind zum Sommersemester 1995 ca. 6.000 Studentinnen und Studenten immatrikuliert.

Personaldaten

Die Universität hat ca. 250 Beschäftigte mit Haushaltsstellen. Sie unterteilen sich in wissenschaftliches Personal, technisches Personal, Verwaltungs- und Bibliothekspersonal.

Wissenschaftliches Personal:	ca. 140
• Professorinnen und Professoren	70
• wissenschaftlich und künstlerische Assistentinnen und Assistenten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	70
Technisches P., Verwaltungs- und Bibliothekspersonal:	Ca. 110

¹ Um die Anonymisierung der Arbeit sicherzustellen, wird auf eine präzise Feldbeschreibung verzichtet.

Darüber hinaus sind im Sommersemester 1995 ca. 190 wissenschaftliche und künstlerische Hilfskräfte und ca. 90 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit Programmstellen beschäftigt.

Alle befristeten und unbefristeten sowie alle Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse zusammengenommen hat die Universität mit Stand Juni 1995 ca. **530** Beschäftigte, für die ein Suchtpräventionskonzept gelten müßte. Befristet sind ca. **350** Beschäftigungsverhältnisse.

1.2 Gründe und Ziele für eine betriebliche Suchtprävention

Die Gründe und Ziele für eine betriebliche Suchtprävention an der Universität unterscheiden sich nach den Interessen und Zielen einzelner Personen. Auf diesen Aspekt wird noch näher eingegangen. Hier soll eine allgemeine Darstellung genügen.

Ausschlaggebend waren konkrete Problemfälle, die die beteiligten Personen emotional, sozial und zeitlich belasteten und darüber hinaus in einem Fall zu einem für die Universität unangenehmen Rechtsstreit geführt hatte. Eine Arbeitsgerichtsverhandlung kann für den Arbeitgeber ungünstig verlaufen, wenn er im Falle eines alkoholkranken Mitarbeiters nicht 'angemessen' gehandelt hatte. Diese Angemessenheit sehen heute viele Arbeitsrichter erfüllt, wenn ein Betrieb eine Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung zum Umgang mit suchtkranken Mitarbeitern vorweisen kann und nachweist, daß er danach gehandelt hat.

Neben den rechtlichen Gründen gab es sicher auch emotionale Gründe, die allerdings nicht durch direkte Bestätigung belegt sind, in Gesprächen jedoch angedeutet wurden. Derjenige, der die konfrontativen Schritte unternimmt, die auch in Richtung Kündigung gehen, bleibt unsicher, ob er richtig gehandelt hat; wenn der Betroffene positiv reagiert, ist es gut, aber wenn er die Hilfe in der Konfrontation nicht erkennt, sozial absteigt oder sogar Suizid begeht, bleiben bei dem Handelnden über lange Jahre Schuldgefühle und Unsicherheiten. Daraus erwächst das Bedürfnis nach fachlich abgesicherter Handlungsorientierung; nicht selten auch der Wunsch, die Verantwortung an den „Fachmann“ abgeben zu können.

1.3 Bisherige Handhabung und erste Initiativen

Eine systematische Handhabung der Alkoholproblematik hat es bisher nicht gegeben. Anfang der 80er Jahre wurde an der Universität ein Alkoholverbot für den Verwaltungsbereich ausgesprochen. Diese Maßnahme schaffte wegen seiner Ausnahmeregelungen keine Klarheit, hat jedoch zur Reduzierung des Alkoholkonsums beigetragen. Weitere Initiativen hat es bis zur Gründung des Arbeitskreises 1993 nicht gegeben.

Einzelne Problemfälle wurden sehr unterschiedlich gehandhabt. Betroffene Mitarbeiter aus dem Verwaltungsbereich wurden nach wiederholter

Auffälligkeit von einem Vorgesetzten massiv konfrontiert. Bei Mitarbeitern aus dem wissenschaftlichen Bereich und der Bibliothek wurden und werden Probleme – obwohl bekannt – weder konkret noch konstruktiv angegangen.¹

1.4 Kontaktgespräche

Die von mir geführten Gespräche hatten die doppelte Funktion, formelle und informelle Kontakte herzustellen und Informationen zu erhalten, die eine hinreichende Präzisierung des Problems ermöglichten. Sie dienten der Klärung des Vorverständnisses. Die Auswahl der Personen ergab sich aus den Hinweisen der Arbeitskreismitglieder, wer für das Projekt von Bedeutung sein könnte und wer als Betroffener mit den bisherigen Verfahrensweisen Erfahrungen gemacht hatte.²

Die Gespräche wurden nach vorheriger telefonischer Terminabsprache, im Zeitraum zwischen November 1993 und Juni 1994, am Arbeitsplatz der jeweiligen Gesprächspartner (mit Ausnahme der beiden von der Alkoholabhängigkeit betroffenen Mitarbeiter) durchgeführt. Die Gespräche wurden von mir protokolliert. Tonbandaufzeichnungen wurden nicht gemacht. Daher stellen die Protokolle kein vollständiges Abbild des Gesprächsverlaufes dar, sondern eine subjektiv selektive Auswahl. Im folgenden werden die Aussagen einiger Gesprächspartner sinngemäß wiedergeben. Bewertende Aussagen über andere Personen der Hochschule werden nicht wiedergegeben, selbst wenn sie im Rahmen des Projektes zur Einschätzung der informellen Beziehungs- und Entscheidungsstruktur interessant waren. Hier hat der Persönlichkeitsschutz Priorität vor dem Forschungsinteresse. Außerdem kann als sicher gelten, daß eine Veröffentlichung der Aussagen von den jeweiligen Gesprächspartnern nicht genehmigt worden wäre.

Nach Meinung des **Gesprächspartners 1** sei Personalführungskompetenz erforderlich, um das Alkoholproblem ansprechen zu können. Als Beispiel führte er sein rechtzeitiges Eingreifen bei zwei Mitarbeitern an, die heute abstinent leben würden. Kurz nach seiner Amtsübernahme hätte er dafür gesorgt, daß kein oder zumindest weniger Alkohol während der Arbeitszeit getrunken würde. Er glaube nicht, daß ein Alkoholpräventionsprogramm für die Universität nötig und erfolgreich sei, besonders vor dem Hintergrund, daß sich das wissenschaftliche Personal nicht einbinden ließe. Für sinnvoller hielte er eine direkte Intervention durch einen fach-

¹ Die Genese einiger Problemfälle ist mir aufgrund zum Teil ausführlicher Gespräche mit den Betroffenen bekannt. Eine Aus- und Bewertung ist jedoch nicht möglich, weil die Universität zu überschaubar und die Anonymität zu wahren ist.

² Die Gesprächspartner 1 – 6 sind Funktionsträger innerhalb der universitären Verwaltung und Selbstverwaltung. Aus Gründen der Anonymisierung können sie nicht näher bezeichnet werden.

kompetenten Professor, überall dort, wo Suchtprobleme von Mitarbeitern offensichtlich würden.

Der **Gesprächspartner 2** hielt ebenso wie Gesprächspartner 1 ein Alkoholpräventionsprogramm nicht unbedingt für erforderlich. Dringender sei seiner Meinung nach die fachkompetente Unterstützung im Einzelfall. Der Initiative des Arbeitskreises und meiner Beratungstätigkeit sicherte er seine Unterstützung zu. Mit der Durchführung von Schulungsmaßnahmen für Mitarbeiter mit Personalführungsaufgaben sei er einverstanden. Seine eigene Teilnahme schloß er wegen der Aufgabenfülle seines Amtes jedoch aus.

Gesprächspartner 3 stellte fest, daß es das Suchtproblem auch an der Universität gäbe. Er „...hatte erst vor kurzem ein Gespräch mit einem Kollegen über dessen Konsumverhalten.“ Das Gespräch fand jedoch nicht auf dienstrechtlicher, sondern auf privater Basis statt. Grundsätzlich fand er ein Alkoholpräventionsprogramm, das als Hilfsangebot für Betroffene auch ein Sanktionsmodell anbiete, sinnvoll. Er konnte sich jedoch nicht vorstellen, wie das Problem des Suchtmittelmißbrauchs bei der freien Arbeitszeitgestaltung und der geringen Anwesenheit einiger Kollegen überhaupt zu erkennen sei und wie ein Handlungskonzept¹ für die Universität aussehen könnte. Studenten würde seiner Meinung nach ein Mißbrauch eher auffallen als Kollegen. Auf Personalführungsaufgaben von Professoren angesprochen, meinte Gesprächspartner 3, daß es die faktisch nicht gäbe. Seine Teilnahme am Seminar stellte er in Aussicht, weist jedoch auf mögliche Terminschwierigkeiten hin. *Gesprächspartner 3 nahm an keinem der angebotenen Seminare teil.*

Gesprächspartner 4 konnte sich an kein Suchtproblem in seinem Fachbereich erinnern. Ein Alkoholpräventionsprogramm hielt er jedoch für sinnvoll. Fehlende Personalführungskompetenz und mangelnde Kontrollmöglichkeiten von Arbeitszeit und Arbeitsleistung an einigen Fachbereichen und Instituten sah er als hauptsächliche Probleme bei der Umsetzung. An seinem Fachbereich würde die Leistungs- und Arbeitszeitkontrolle eher stringent gehandhabt. Aus Zeitgründen könne er an dem Seminar nicht teilnehmen, will aber einen seiner Mitarbeiter schicken. *Eine Mitarbeiterin nahm am Seminar teil.*

Gesprächspartner 5 erwähnte, daß viele Kollegen, besonders unter den Professoren, dem Thema eher abwehrend gegenüberständen. Er könne sich nicht vorstellen, wie ich die motivieren könnte. Problemfälle sollten seiner Meinung nach lieber „... auf dem kleinen Dienstweg“ bzw. intern

¹ Das Alkoholpräventionsprogramm an der Pilot-Universität wird, um das Ziel der Handlungsfähigkeit zu unterstreichen, wie bei vielen anderen Betrieben auch 'Handlungskonzept für die Suchtprävention' genannt.

gelöst werden. Er selbst wüßte, wen er als Fachmann ansprechen würde und wäre bemüht, das Problem nicht öffentlich werden zu lassen. Im Sinne eines Alkoholpräventionsprogrammes sah Gesprächspartner 5 für den Wissenschaftsbereich keine Handlungsmöglichkeiten, weil es im Gegensatz zur Wirtschaft keine Kostenargumentation, keine Kontrolle und keine Hierarchie im üblichen Sinne gäbe. Diese größere Freiheit in der Arbeitsplatzgestaltung mache seiner Meinung nach gerade die Attraktivität der Arbeit an der Universität aus und sei ein Ausgleich für die im Vergleich zur Wirtschaft schlechtere Bezahlung. Gesprächspartner 5 erklärte, er wolle an dem ersten Seminar teilnehmen und freue sich auf die Auseinandersetzung mit den anderen Teilnehmern. *Gesprächspartner 5 nahm an keinem der angebotenen Seminare teil.*

Nach Kenntnislage von **Gesprächspartner 6** sei ein Suchtpräventionsprogramm für die gesamte Universität dringend notwendig. Besonders wichtig wäre ein kompetentes Handeln der jeweiligen Vorgesetzten bei einem konkreten Problemfall. Für das wissenschaftliche Personal der Universität sah Gesprächspartner 6 das Problem, daß sich der Zusammenhang zwischen Arbeits- und Leistungsstörungen und dem Alkoholmißbrauch nicht herstellen ließe, weil u.a. die Anwesenheit nicht kontrolliert werden könne. Es wurde angeregt, das Thema einmal im Semester in den Selbstverwaltungsorganen der Universität wie dem Senat, den Fachbereichsräten und den Institutssitzungen zu behandeln. Die fehlende Fürsorge durch einen direkten Vorgesetzten müßte durch die Selbstverwaltungsorgane ausgeglichen werden. Die regelmäßige Behandlung des Themas sei wegen der wechselnden Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane erforderlich. Gesprächspartner 6 und zwei Mitarbeiterinnen wollten an einem der Seminare teilnehmen. *Die beiden Mitarbeiterinnen nahmen teil.*

Mit beiden von Gesprächspartner 1 erwähnten Mitarbeitern hatte ich ein Gespräch geführt. **Mitarbeiter 1** war als Mitglied des Personalrates auch im Arbeitskreis. **Mitarbeiter 2** meldete sich telefonisch bei mir und bot mir an, über seine Erfahrungen zu berichten. Beide Mitarbeiter kamen aus dem Verwaltungsbereich. Daß nur in ihrem Fall „hart durchgegriffen“ wurde und in anderen Bereichen der Universität, selbst bei offensichtlichen Problemfällen, nichts getan würde, stieß bei ihnen auf Unverständnis. Mitarbeiter 2 äußerte wiederholt, daß er die Art und Weise, wie er unter Druck gesetzt wurde, nicht in Ordnung fand. Er hätte sich in seiner damaligen Situation mehr Verständnis und Unterstützung gewünscht. Die Initiative zu einem Alkoholpräventionsprogramm für die gesamte Universität wurde von beiden begrüßt. Mitarbeiter 1 wünschte, daß das richtige Vorgehen im Problemfall so schnell wie möglich verbindlich in einer Dienstvereinbarung festgelegt würde. *Im Verlauf des Projektes wurde ihm deutlich, daß eine Dienstvereinbarung nichts nützt, wenn die Handlungs-*

kompetenz bei den Vorgesetzten fehlt. Beide Mitarbeiter nahmen an dem Seminar teil. Mitarbeiter 1 als Mitglied des Arbeitskreises, Mitarbeiter 2 als Vorgesetzter.

1.5 Literaturrecherche

Zu Beginn des Pilotprojektes wurde eine umfangreiche Literaturrecherche durchgeführt. Folgende Datenbanken wurden konsultiert: Bibliothek der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (bis Nov. 1993) und die Bibliotheksbestände der Pilot-Universität, der Fachhochschule Nordostniedersachsen FB Sozialwesen und der Universität Hamburg, sowie DIMDI, Medline, Psychlit und Psyndex (alle bis Juli 1993). Außerdem die Jahrgänge 1980 – 1993 oder seit Erscheinen der Zeitschriften Sucht Report, Suchtgefahren / Sucht und Partner Magazin. Das Ergebnis war sehr unbefriedigend. Es existiert zwar eine große Menge an Literatur zum Problem der Alkoholabhängigkeit am Arbeitsplatz im allgemeinen, aber nicht ein einziger Artikel über Suchtprävention am Arbeitsplatz Universität. Außer einem in der Zeitschrift Report Psychologie veröffentlichten Erfahrungsbericht von SCHULZ (1990), und den unveröffentlichten Ergebnissen der „Befragung zum Stand der Suchtkrankenhilfe an deutschen Universitäten und Hochschulen“ (1992)¹, gab es zur Alkoholprävention an Universitäten und Hochschulen keine deutschsprachige Literatur². Einige Universitäten haben lediglich Informationsbroschüren für ihre Mitarbeiter veröffentlicht. Sie enthielten allgemeine Informationen zur Suchtprävention. Auf die besondere Situation des Arbeitsplatzes Universität wurde nicht eingegangen. Erst 1996 fand ich einen kurzen Artikel über ein Evaluationsvorhaben an der Psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen (MANN / BUCHKREMER 1994, S. 155 ff.)³. Um mir überhaupt einen Eindruck darüber zu verschaffen, welche Regelungen es für den Arbeitsplatz Universität gibt, und wie diese im einzelnen ausformuliert sind, habe ich 11 Dienstvereinbarungen, Handlungsempfehlungen oder sonstige Vereinbarungen gelesen und auf ihre substantiellen Inhalte hin überprüft:

¹ Siehe dazu Punkt 2.4 Befragung zum Stand der betrieblichen Suchtkrankenhilfe an den deutschen Universitäten und Hochschulen.

² Bei meiner Recherche habe ich mich auf die deutschsprachige Literatur beschränkt, weil die Modelle z.B. amerikanischer Universitäten wegen der anderen Organisationskultur und der anderen Organisationsform ebenfalls nicht kompatibel wären.

³ Ausgangspunkt des Forschungsvorhabens ist eine 1994 abgeschlossene Dienstvereinbarung zum Umgang mit suchtkranken und suchtgefährdeten Mitarbeitern. Sie enthält unter anderem den sogenannten Stufenplan. Es mag sein, daß sich die in Wirtschaftsunternehmen erprobten Suchtpräventionsprogramme auf Universitätsklinken übertragen lassen. Immerhin gibt es eine hierarchisch organisierte Personalstruktur, die Kontrolle von Arbeits- und Leistungsstörungen ist möglich und die Wirtschaftlichkeit spielt eine Rolle. Doch auch diese Dienstvereinbarung übergeht den besonderen Status der Professoren.

Technische Universität Berlin: Vereinbarung über die Einleitung therapieunterstützender Maßnahmen für alkohol- und andere suchtabhängige Mitarbeiter der TUB (vom 25.06.1985).

Die Vereinbarung besteht im wesentlichen aus dem Stufenplan mit dem ausdrücklichen Hinweis, daß das Verfahren auch für Beamte gilt, „... soweit nicht spezielle beamtenrechtliche Vorschriften dem entgegenstehen.“ In der Einleitung verpflichtet sich die TU „...zur Aufklärung von Kollegen und Vorgesetzten auf allen Ebenen beizutragen, indem sie angemessene Schulungsangebote macht und durchführt“.

Universität Bielefeld: Dienstvereinbarung über Hilfen für Suchtkranke und Suchtgefährdete (vom 02.08.1991).

Die Dienstvereinbarung wurde zwischen dem Kanzler der Universität und dem Personalrat der nichtwissenschaftlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen geschlossen und gilt daher nur für das nichtwissenschaftliche Personal. In seinem Vorwort empfiehlt der Kanzler die „... Dienstvereinbarung auch für das von der Dienstvereinbarung mit dem Personalrat der nichtwissenschaftlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen nicht erfaßte Personal als Leitlinie zu verwenden.“ Schulungs- und Aufklärungsmaßnahmen, der Stufenplan und die Funktion einer betrieblichen Helferguppe sind Gegenstand der Vereinbarung.

Universität Bonn: Dienstvereinbarung zum Umgang mit suchtgefährdeten und –abhängigen Mitarbeitern der Universität Bonn (vom 28.08.1991).

Die Vereinbarung wurde zwischen der Universität und den Personalräten der wissenschaftlichen und der nichtwissenschaftlichen Mitarbeiter geschlossen. Sie enthält den Stufenplan, einen Hinweis auf Fortbildung und Schulung von Mitarbeitern mit Vorgesetztenfunktionen und den Hinweis, in Universitätskantinen und Mensen keine hochprozentigen Spirituosen mehr auszuschenken.

Universität Dortmund: Leitfaden zum Umgang mit Alkohol- und anderen Suchtkranken und –gefährdeten (vom 30.10.1989).

Der Leitfaden beinhaltet ausschließlich den Stufenplan mit dem Hinweis, diesen „... nicht als absolutes starres Schema zu verstehen, das etwa die Berücksichtigung von Besonderheiten des Einzelfalles nicht zuließe.“

Medizinische Hochschule Hannover: Handlungsanleitung für den Umgang mit alkoholabhängigen bzw. –gefährdeten Beschäftigten (von 1992).

Eine Gleichbehandlung aller Beschäftigten mit Alkoholproblemen wird angestrebt. „Um dieses Ziel zu erreichen, erhalten die Vorgesetzten aller Leitungsebenen eine entsprechende Schulung.“ *Wie sich aus meiner Befragung zum Stand der betrieblichen Suchtkrankenhilfe an Universitäten*

von 1994 und dem Experteninterview mit Frau WIENEMANN¹ ergibt, hat es keine Schulungen für Dekane, Institutsleiter und Professoren gegeben. Darüber hinaus „... wird generell ein veränderter, kritischer Umgang mit Alkohol angestrebt.“ Den Hauptteil der Handlungsanleitung bildet die Ausformulierung des Stufenplanes. Ebenfalls enthalten ist eine Regelung für den Umgang mit „angetrunkenen Beschäftigten“. Die Regelung stützt „... sich auf die Unfallverhütungsvorschrift ‘Allgemeine Vorschriften’ (GUV 0.1) des zuständigen Unfallversicherungsträgers.“

Universität Heidelberg: Konzeption, Aufgaben und Betreuungskonzept des Suchtausschusses der Ruprecht – Karls – Universität Heidelberg (von 1991).

Die Entwicklung eines „Konzeptes zur Suchtprävention“ und die Durchführung von „Schulungen für Vorgesetzte“ wurden als Aufgaben für den Arbeitskreis formuliert. Im Betreuungskonzept ist festgelegt, daß der Arbeitskreis „... mit jedem / er Suchtkranken ein persönliches Gespräch...“ und „... im Arbeitsbereich des / der Betroffenen ein Gespräch mit dem / den Vorgesetzten“ führt.

Universität Karlsruhe: Merkblatt zur Vorgehensweise bei Alkoholproblemen (Datum nicht bekannt).

Das Merkblatt enthält den Stufenplan. Auf die Gleichbehandlung aller Betroffenen wird hingewiesen. Eine Schulung von Vorgesetzten wird nicht erwähnt. *Aus der 1994 durchgeführten Befragung zum Stand der betrieblichen Suchtkrankenhilfe an Universitäten ergibt sich, daß an der Universität Karlsruhe keine Schulungen durchgeführt wurden.*

Technische Universität München: Handlungsanleitung (Stufenplan) und Dienstvereinbarung für den Umgang mit Alkohol- und anderen Suchtkranken und –gefährdeten (vom 01.05.1989).

Auf „... eine Gleichbehandlung aller Betroffenen hinsichtlich der erforderlichen Maßnahmen ...“ wird in der Handlungsanleitung hingewiesen. Sie besteht im wesentlichen aus dem Stufenplan und ist Bestandteil der Dienstvereinbarung. Eine Arbeitsgruppe „Suchtprobleme am Arbeitsplatz“ und die Schulung von Vorgesetzten sind ebenfalls Bestandteile der Dienstvereinbarung. Sie gilt für die Beschäftigten der „Hauptdienststelle der TUM“.

Westfälische Wilhelms-Universität Münster: Handlungsempfehlungen der Arbeitsgruppe Betriebliche Suchtkrankenhilfe (von 1989).

¹ Siehe das Experteninterview mit Frau Wienemann unter Punkt 5.1.

Die Handlungsempfehlung besteht aus dem Stufenplan. Sie beginnt mit dem Hinweis, daß „... dienstliches Fehlverhalten, welches vermutlich im Zusammenhang mit Alkoholmißbrauch steht, durch den Vorgesetzten selbst beobachtet oder ihm durch Mitarbeiter zur Kenntnis gebracht wird.“ Seminare sind vorgesehen, wobei nicht zu erkennen ist, ob es sich um Vorgesetztenschulungen handelt. Ein eindeutiger Hinweis auf den Geltungsbereich war den mir vorliegenden Unterlagen nicht zu entnehmen. Für den Tätigkeitsbereich der Arbeitsgruppe Suchtkrankenhilfe gibt es den Hinweis, „... alle Mitarbeiter der Westfälischen Wilhelms – Universität Münster (außer Klinikbereich) über die Gefahren des Alkoholmißbrauchs“ aufzuklären.

Westfälische Wilhelms – Universität Münster (Medizinische Einrichtungen): Konzept zum Umgang mit suchtgefährdeten und suchtabhängigen Mitarbeitern der Medizinischen Einrichtungen.

Auf den Abschluß einer Dienstvereinbarung wurde bewußt verzichtet, weil dafür nach Auskunft der betrieblichen Suchtkrankenhilfe die Voraussetzungen noch nicht gegeben seien. Für Vorgesetzte wird Beratung und Schulung angeboten. Die Handlungsempfehlung besteht aus dem Stufenplan und enthält den Hinweis auf die „... gleichen Chancen aller Betroffenen bei den erforderlichen Maßnahmen ...“.

Universität Oldenburg: Vereinbarung zur betrieblichen Suchtprävention der Universität Oldenburg und des Studentenwerks Oldenburg (14.09.1990)

Von den gesichteten Dienstvereinbarungen und Handlungskonzepten ist die Vereinbarung der Universität Oldenburg die differenzierteste. Auf die Aufgaben der Vorgesetzten bei der Umsetzung des Stufenplanes wird ausdrücklich hingewiesen. Ein Arbeitskreis SUCHT, die Bestellung eines Suchtbeauftragten und die Ausbildung von freiwilligen Suchtkrankenhelfern sind Gegenstand der Vereinbarung. Der Hinweis auf Schulungen für Vorgesetzte fehlt allerdings in der Vereinbarung.

Auffallend ist, daß jede Vereinbarung oder Handlungsempfehlung den sogenannten Stufenplan enthält. Die Schulung von Vorgesetzten wird in 8 Vereinbarungen ausdrücklich erwähnt. Es läßt sich daraus schließen, daß hier dem Zusammenhang zwischen dem Erwerb von Handlungskompetenz und dem Handlungsmodell (Stufenplan) Rechnung getragen wurde. Nicht zu erkennen ist, ob die Teilnahme für Vorgesetzte freiwillig oder verbindlich ist. Keine Vereinbarung differenziert zwischen dem Wissenschafts- und dem Verwaltungsbereich der Hochschule. Eine Dienstvereinbarung wurde zwar nur für die nichtwissenschaftlichen Mitarbeiter abgeschlossen, sie enthält jedoch im Vorwort einen Hinweis, sie auch als Leitlinie für das übrige Personal zu verwenden. Wer im Rahmen der

Handlungsempfehlungen Vorgesetzter ist, wird im Einzelnen nicht ausgeführt. Professoren werden weder als Vorgesetzte noch als Betroffene erwähnt. Das ist bemerkenswert, weil mehrfach auf den Gleichbehandlungsgrundsatz hingewiesen wird.

Die Ergebnisse dieser Recherche festigten die Einsicht in die Notwendigkeit, die besonderen Organisationsmerkmale einer genaueren Betrachtung unterziehen zu müssen.

1.6 Besondere Organisationsmerkmale der Universität

Die für das Pilotprojekt relevanten Besonderheiten der Universität gegenüber anderen Betrieben bestehen in der akademischen Selbstverwaltung, dem dienstrechtlichen Status der Professoren, der hohen Anzahl wissenschaftlicher Mitarbeiter mit befristeten Arbeitsverträgen und der Aufteilung in unterschiedliche, relativ autonom organisierte Fachbereiche und Institute. Die Verwaltung der Universität hingegen ist zumindest in ihrer Organisationsstruktur vergleichbar mit jeder anderen. Die Hierarchie der Dienstvorgesetzten ist im Verwaltungsbereich eindeutig festgelegt. Ob und wie die Personalführungsaufgaben wahrgenommen werden, ist hingegen eine qualitativ inhaltliche Frage, auf die in diesem Kapitel nicht weiter eingegangen werden soll.

1.6.1 Die akademische Selbstverwaltung

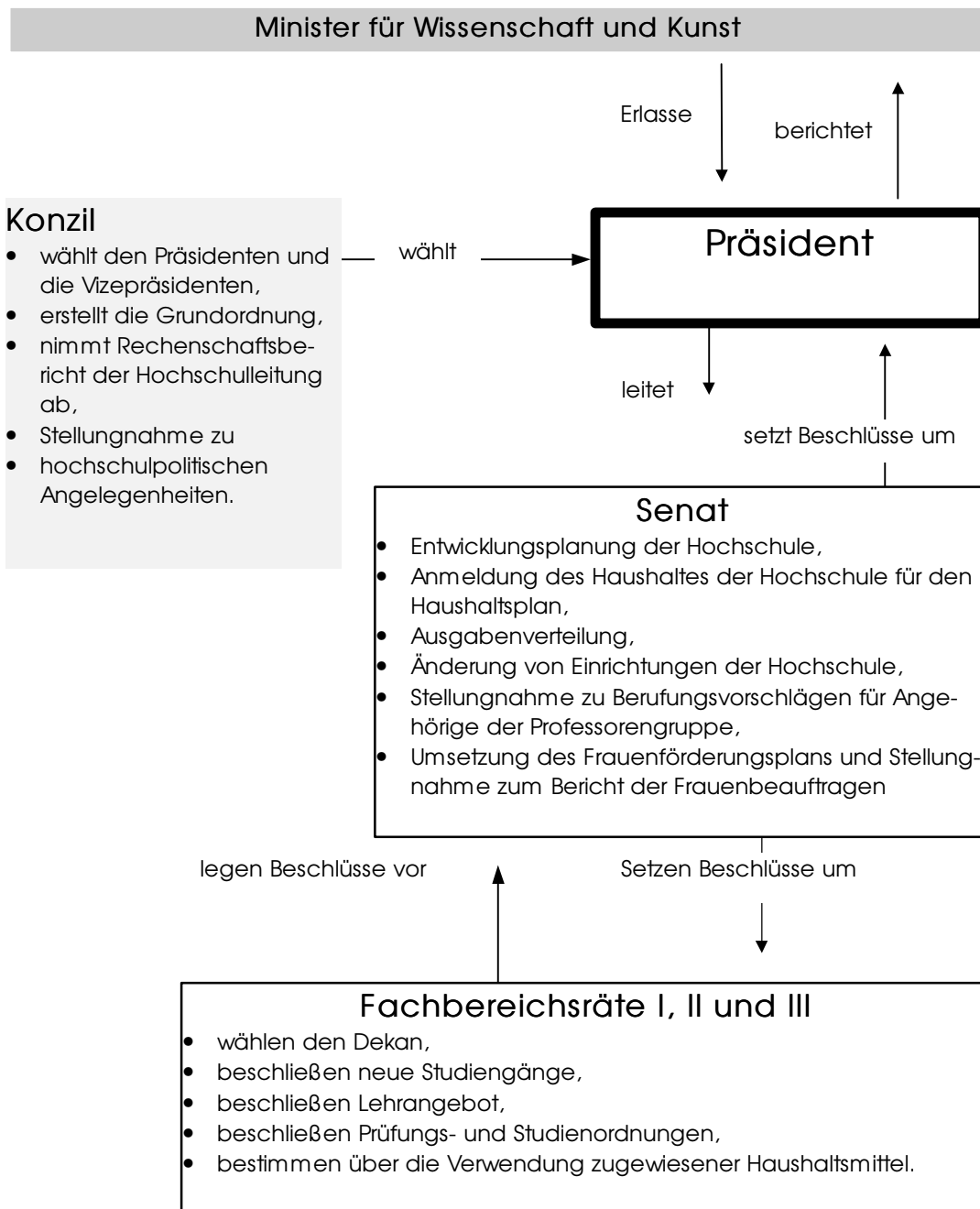
Die Selbstverwaltungsangelegenheiten der Universität sind unter §77 NHG¹ aufgelistet (NHG 1994, S. 92). Alle Organe der akademischen Selbstverwaltung werden gewählt. Im Rahmen ihrer Amtsausübung haben in Niedersachsen:

- der Präsident nach §93 NHG die Dienstaufsicht für alle Mitarbeiter der Universität, ausgenommen der Professoren,
- die Dekane sind Vorgesetzte des zum Fachbereich gehörigen Personals nach §107 NHG.

Das nachfolgende Organigramm gibt eine Übersicht über die Selbstverwaltungsorgane:

¹ Für die Pilot-Universität ist das Niedersächsische Hochschulgesetz (NHG) maßgeblich.

Darst.: 17 Selbstverwaltungsorgane der Pilot-Universität



Um einen formalen Status im Rahmen der Selbstverwaltung zu erhalten, beschloß der Arbeitskreis, den Senat um einen Auftrag zu bitten. Dieser wurde einen Monat später erteilt.

1.6.2 Fachbereiche und Institute

Wie schon anfangs erwähnt, weist SCHULZ (s. 1990, S. 6) darauf hin, daß die Universität in viele Teilbereiche gegliedert ist und die Kommunikation

untereinander häufig auf das Nötigste beschränkt bleibt. In vielen Fachbereichen und Instituten arbeiten an der Pilot-Universität neben den wissenschaftlichen Mitarbeitern hauptsächlich Verwaltungsangestellte, wie z.B. Sekretärinnen, für die sich dienstrechtlich kaum jemand verantwortlich fühlt. Alkoholprobleme werden erst sehr spät beachtet und die Handlungsverantwortung dann an die Personalabteilung weitergeleitet.

Arbeitszeitregelungen, Fachaufsicht, Arbeits- und Leistungserwartungen sind zum Teil sehr unterschiedlich. Die Personalführungsverantwortung übernimmt kaum jemand. Der Zusammenhang zwischen Vorgesetztenverhalten und Arbeitsleistung ist in der Privatwirtschaft hinlänglich bekannt und akzeptiert. Personalführung wird als Kompetenz vom Vorgesetzten erwartet und durch entsprechende Schulungen gefördert. Diese Haltung wird an der Pilot-Universität allenfalls, zumindest theoretisch, an einem Fachbereich vertreten. Ansonsten wird nach dem Prinzip verfahren, daß Leistung unaufgefordert und selbständig, eventuellen Anweisungen voraussetzend zu erbringen sei.

Im Vergleich zu den großen Universitäten ist die Universität, an der das Pilotprojekt durchgeführt wurde, mit drei Fachbereichen, fünf Instituten und sechs weiteren Einrichtungen eher überschaubar. Doch die Grundproblematik ist die gleiche, wie an den großen Universitäten.

1.6.3 Organisationskultur der Universität

Die Organisationskultur der Universität ist insofern von Bedeutung, als daß die Implementierung eines Alkoholpräventionsprogrammes auch die Veränderung der Kultur im allgemeinen Umgang mit alkoholischen Getränken und mit alkoholgefährdeten und –kranken Mitarbeitern zum Ziel hat. Es war nun nicht Gegenstand dieser Arbeit, die Organisationskultur der Universität zu ergründen. Von Relevanz für meine These ist jedoch die Frage, ob es überhaupt eine einheitliche Universitätskultur gibt.¹

Um ein Ergebnis der Studie gleich vorwegzunehmen, die Studie SCHAPERS (1992, S. 284) zeigt einige organisationskulturelle Besonderheiten der Universität auf. Die daraus resultierende Einschätzung trifft auch auf die gewählte Pilot-Universität weitgehend zu: „Der starke Grad an Dezentralisierung und die vielfältige Art der Einbindung in die konkreten organisatorischen Verwaltungsapparate, ohne dezidierte Aufgabenstellung und Kontrolle, wie etwa bei Tochterunternehmen, sprechen grundsätzlich für die starke Entwicklung von Subkulturen in der Universität.“ Auf diesen Aspekt hatte auch SCHULZ (1990, S. 6) schon hingewiesen. „Darüber

¹ Zur Klärung dieser Frage lag mir eine explorative Studie aus der Frankfurter Universität von KERSTIN SCHAPERS vor. Ich beziehe mich im folgenden hauptsächlich auf diese Studie. Um die Aussagen zu generalisieren, müßten allerdings an anderen Universitäten vergleichbare Studien durchgeführt werden.

hinaus deuten Partikularismen, insbesondere in der universitären Lehre und Forschung, wo wissenschaftlicher Wettstreit und fachliche Abgrenzung oft eher zu Konkurrenz als zu Kooperation führen, ebenfalls auf eine starke Subkulturbildung" (SCHAPER ebd.). Innerhalb der ausgewählten Subkulturen (Hochschullehrer, Verwaltung und Studierende) zeigte sich eine große Bandbreite kultureller Ausprägung, was nach SCHAPER auf eine hohe Aggregationsebene schließen läßt.

Aus der Studie ging das deutlich konfliktreiche Verhältnis zwischen Verwaltung und Hochschullehrern hervor. Die Hochschullehrer nennen als größtes Problem der Universität die leading persons aus dem Verwaltungsbereich. „Ebenso wird die starke Reglementierung und Bevormundung der Hochschullehrer durch die Verwaltung als ein weiteres Problem dargestellt. Anstatt einer Kooperationsbereitschaft entwickelt sich 'eine Erstarrung von Wissensbetrieb, die Verbürokratisierung des Universitätsbetriebs, das immer geringer werdende Mitspracherecht der einzelnen Gruppen' (PROF 3)¹. Als 'das Schlimmste wird die Undurchschaubarkeit der Verwaltung' empfunden' (PROF 3)" (SCHAPER 1992, S. 255).

Die Gruppe der Verwaltungsmitarbeiter zeigte nach der explorativen Studie die einheitlichsten kulturellen Merkmale, was auf eine gewisse Kulturstärke² schließen läßt. Diese 'größere Geschlossenheit' führt zu einem Machtungleichgewicht zwischen der Verwaltung und der Gruppe der Hochschullehrer zu Gunsten der Verwaltung. Durch ständig neue Problemstellungen, die auch durch die ministerielle Administration an die Universitätsverwaltung herangetragen werden, kommt es zu einer Zunahme von Verwaltungsvorschriften. „Dies hat zur Folge, daß die bürokratischen Verwaltungshandlungen für Außenstehende undurchsichtig werden und ein Gefühl der Machtlosigkeit gegenüber der Bürokratie hervorgerufen

¹ SCHAPERS hat Interviews gemacht und gibt hier die Aussage eines Professors wieder.

² Der Kulturstärke wird eine explizite Bedeutung bei der Wertbemessung des Beitrags zugeschrieben, den die Kultur einer Organisation zu deren Leistungsfähigkeit erbringt. Unter Kulturstärke wird bei SCHAPER (1992, S. 241) „... die unterschiedliche Intensität und Extension der Verhaltensprägungen von Mitgliedern eines Systems durch die Kultur" verstanden. „Die Betrachtung der Auswirkungen schwacher Kulturen verdeutlicht ihre Funktion. So stellen Deal / Kennedy die dysfunktionale Wirkung schwacher, zersplitterter Organisationskulturen auf das Erreichen von Systemzielen heraus. Sie zeigen, daß in diesem Sinne schwache Kulturen keine klaren und allgemein akzeptierten Werte besitzen" (SCHAPER 1992, S. 241). Wie BLEICHER (1984, S. 495 in: SCHAPER 1992) ausführt, ergeben sich daher

- „... Schwierigkeiten bei der Systemharmonisation,
- man profiliert sich persönlich, indem man das System mit seinen eigenen Waffen schlägt ('08 / 15') oder erfolgreich gegen das System aufbegehrt,
- destruktive Tendenzen und Desorganisiertheit gefährden den Systemzusammenhalt,
- man beginnt, kurzfristig zu denken,
- 'Seilschaften' verfolgen ihre suboptimalen Ziele".

wird. Die Universitätsverwaltung, die gegenüber der Wissenschaft eine 'dienende' und entlastende Funktion haben soll, wird so tendenziell zum Selbstzweck und trägt den Ansatz zur Leistungsunfähigkeit in bestimmten Situationen in sich" (SCHAPER 1992, S. 287). Die Universität steht demnach aus kultureller Sicht in der Gefahr, durch die Verwaltung ihre bedeutende Funktion als 'Stätte für Innovation' zu verlieren. Schon MAX WEBER hat auf die Gefahr stark 'bürokratisierter' Systeme hingewiesen: „Wo aber der moderne eingeschulte Fachbeamte einmal herrscht, ist seine Gewalt schlechthin unzerbrechlich, da die ganze Organisation der elementarsten Lebensversorgung dann auf seine Leistung zugeschnitten ist" (MAX WEBER 1921, S. 150, in: SCHAPER 1992, S. 291). Das problematische Verhältnis zwischen der Verwaltung und der Gruppe der Hochschullehrer wurde mir in vielen Gesprächen während der Pilotphase bestätigt.

Eine gemeinsame Organisationskultur, mit der sich alle Mitglieder der Universität identifizieren, die handlungsleitend ist und auf die sich die Alkoholprävention mit einem einheitlichen Gesamtkonzept für die ganze Universität beziehen könnte, gibt es nicht! Die starke subkulturelle Ausprägung des Verwaltungsapparates und der Gruppe der Hochschullehrer einerseits, aber auch der verschiedenen Dekanate, Fachbereiche und Institute ist deshalb bei der Konzeptionierung und der Implementierung eines Präventionsprogrammes zu berücksichtigen. Andernfalls scheitert das Projekt.

Wie Frau WIENEMANN im Experteninterview ausführte, favorisiert die Suchtberatung der Universität Hannover seit 1995 das Konzept der orts-nahen Schulung. Bisher hat sich die Professorenschaft eines Fachbereiches informieren lassen.

1.7 Rechtliche Voraussetzungen

1.7.1 Der dienstrechtliche Status der Professoren

Professoren sind – bis auf einige Ausnahmen – Beamte auf Lebenszeit (NHG 1994, § 55 Abs. 1). Sie können die ihnen obliegenden Aufgaben „... in Wissenschaft und Kunst durch Forschung und Lehre in den jeweiligen Fächern nach näherer Ausgestaltung des Dienstverhältnisses selbständig" (NHG 1994, § 50 Abs. 1) wahrnehmen. Dienstrechtlich sind sie allein dem Minister unterstellt.

Diese beiden Aspekte des dienstrechtlichen Status machen deutlich, daß die wesentlichen Instrumentarien der traditionellen Hilfenprogramme – Zusammenhang zwischen Arbeits- und Leistungsfähigkeit und Alkoholkonsum herstellen; Konstruktiven Leidensdruck aufbauen – strukturell nicht greifen können:

- Durch die freie Arbeitszeitgestaltung lassen sich keine Fehlzeiten feststellen.
- Die Selbständigkeit in der Aufgabenerfüllung entzieht sich jeder Leistungskontrolle.
- In der direkten Arbeitsumgebung eines Professors gibt es niemanden, der dienstrechtlich zu fürsorglichem Handeln – auch im Rahmen des Stufenplanes – verpflichtet ist.
- Im Stufenplan vorgesehene dienstrechtliche Konsequenzen können erst auf ministerieller Ebene erfolgen.

Möglich wäre eine kollegiale Kontrolle über das Verhalten des Betroffenen „in der Öffentlichkeit“, wie bei Lehrveranstaltungen, Vorträgen, Gremienarbeit etc. und das kollegiale Handeln aus einer moralischen Selbstverpflichtung heraus.

Frau WIENEMANN stellte fest, daß es für Professoren als Betroffene kein Hilfskonzept gäbe. Dr. WEISSINGER¹ bezeichnete das fehlende Rückmeldesystem zur Beurteilung von Arbeitsleistungen und Leistungsstörungen bei Professoren als Kernproblem. Daran änderte sich seiner Meinung nach erst etwas, wenn es Bewertungen der Qualität der Lehre gäbe.

1.7.2 Wissenschaftliche Mitarbeiter mit befristeten Arbeitsverträgen

Ein Großteil der anfallenden forschenden und lehrenden Aufgaben werden von wissenschaftlichen Mitarbeitern mit befristeten Arbeitsverträgen erfüllt. Sie stellen sozusagen den 'Mittelbau' der Universität dar und sind häufig auf eine weitere Karriere ambitioniert. Wissenschaftliche und künstlerische Assistenten und Mitarbeiter sind Professoren, wissenschaftlichen Einrichtungen und Forschungsvorhaben zugeordnet (vgl. NHG 1994, § 56 und § 65). Die Arbeitsverträge erstrecken sich in der Regel auf einen Zeitraum von ein bis sechs Jahren. Die Arbeitsverträge von wissenschaftlichen und künstlerischen Hilfskräften und studentischen Hilfskräften gelten in der Regel höchstens ein Jahr.

Wie LAUSSER u.a. (1986) beschreiben, müssen die wissenschaftlichen Mitarbeiter in einem höheren Maße als ihre professoralen Kollegen ein umfangreiches Arbeitspensum bewältigen und selbständig Entscheidungen treffen. Häufig ist die Tätigkeit durch bürokratische Hindernisse erschwert. Weiter ergab die Untersuchung, daß die kollegiale Hilfsbereitschaft im Vergleich zu anderen Arbeitsbereichen niedrigere Werte aufweist. Die organisatorische Fähigkeit von Vorgesetzten (Professoren) wird angezweifelt (vgl. LAUSSER u. a. 1987, S. 67). Nach einem Streßfakto-

¹ Siehe Experteninterview mit Herrn WEISSINGER unter Punkt 5.1.

renmodell sind dies begünstigende Bedingungen für Mißbrauchsverhalten.¹

Wissenschaftliche Mitarbeiter unterliegen der fachlichen Aufsicht und Betreuung von Professoren. Dienstvorgesetzte sind sie jedoch nicht. Eine dienstrechtliche Verpflichtung zu fürsorglichem Handeln gegenüber einem wissenschaftlichen Mitarbeiter im Falle des 'auffälligen Verhaltens' gibt es für einen Professor nicht. Nach Personalführungsgesichtspunkten ist das Verhältnis zwischen wissenschaftlichem Mitarbeiter und Professor ein einseitiges Dienstleistungsverhältnis.

Soll ein Suchtpräventionskonzept auch von praktischer Relevanz für die wissenschaftlichen Mitarbeiter sein, müßte der Präsident als Dienstvorgesetzter aller Mitarbeiter (ausgenommen die Professoren) seine Dienstaufsicht an die Professoren delegieren.² Die Professoren müßten sich in ihrem Selbstverständnis darauf einstellen, Vorgesetzte mit entsprechenden Rechten, aber auch Pflichten den Mitarbeitern gegenüber zu sein. Ihre Teilnahme an dem Seminar für Mitarbeiter mit Personalführungsaufgaben wäre folgerichtig.

Frau WIENEMANN vertrat in dem Interview die Auffassung, daß Professoren als Institutsleiter die Verpflichtung hätten, Informationen z.B. über Fehlzeiten an die Personalverwaltung weiterzugeben. Die Trennung zwischen Fach- und Dienstaufsicht hielt sie zwar für schwierig, aber nicht für schwieriger als in großen Wirtschaftsunternehmen, in denen disziplinarische Maßnahmen durch die Personalabteilung in Abstimmung mit dem Betriebsrat eingeleitet würden. Nach ihrer Erfahrung würden handlungsbereite Professoren an der starren und unflexiblen Verwaltung scheitern. Als Führungskräfte verhielten sich die Professoren ihrer Meinung nach nicht anders als die höheren Führungskräfte in der Wirtschaft. Dort sei auch nicht jede Führungskraft kompetent.

Nach Herrn ZIEGLERS³ Erfahrung wüßten die meisten Wissenschaftler überhaupt nicht, daß sie Führungskräfte seien und was Führung sei. Interessant sei in diesem Zusammenhang die Anregung von Frau WIENEMANN, daß Professoren schon bei der Einstellung darüber aufgeklärt werden müßten, daß sie auch Personalführungsaufgaben hätten.

¹ Auf den Theorierahmen des Streßkonzeptes als Einflußgröße für das Konsumverhalten soll hier nicht weiter eingegangen werden. Vgl.: LAUSSER u.a. 1986, S. 64 ff.

² Ob das rechtlich überhaupt möglich ist, konnte ich nicht klären. Immerhin schreiben CLAUSSEN / CZAPSKI (1991, S. 29f), daß der unmittelbare Vorgesetzte, und ein solcher ist auch derjenige, der die Fachaufsicht hat, zumindest im Falle von beamteten Mitarbeitern verpflichtet ist, dem Dienstvorgesetzten ein Dienstvergehen mitzuteilen. Kommt er dem nicht nach, handelt er pflichtwidrig.

³ Siehe Experteninterview mit Herrn ZIEGLER unter Punkt 4.1.

1.8 Zur Analyse des Alkoholproblems an der Pilot-Universität

Über den tatsächlichen Umfang des Alkoholproblems an der Pilot-Universität gibt es keine Daten. Es gibt auch kaum Möglichkeiten, diese zu erheben. Theoretisch gäbe es drei Möglichkeiten der Datenermittlung, die zumindest eine Schätzung erlaubten:

1. Man ermittelt den Umsatz an alkoholischen Getränken in der Kantine und den Getränkeautomaten. Daraus schließt man auf die Konsummenge insgesamt, teilt diese durch die Anzahl der Mitarbeiter und Tage. So kommt man auf einen pro Kopf Verbrauch an alkoholischen Getränken. Durch den Vergleich mit anderen Unternehmen und Erfahrungswerten kann man darauf schließen, ob statistisch viel, durchschnittlich oder wenig Alkohol im Betrieb konsumiert wird. Diese Berechnungen ließen sich an der Pilot-Universität nicht durchführen, weil alle Getränkequellen gleichermaßen von Studenten genutzt werden. Eine statistische Verteilung des Konsums auf die einzelnen Gruppen der Hochschulangehörigen läßt sich daher nicht ermitteln.
2. Ein zweites Verfahren besteht darin, von den statistischen Daten der Variablen: Unfälle, allgemeine Fehlzeiten, kurzfristige Fehlzeiten, Krankenstand, kurzfristige und nachträgliche Urlaubstage, Krankheiten und Krankmeldungen nach Wochenenden etc. auszugehen. Diese Daten lassen sich in einem sehr zeitaufwendigen Verfahren von der Personalabteilung in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen ermitteln. Man geht davon aus, daß oben genannte Variablen in einer bestimmten Kombination und Häufigkeit auf ein Alkoholproblem hinweisen. Auch dieses Verfahren halte ich für ungeeignet, um Daten zu erhalten, die Auskunft über das Gefährdungspotential des einzelnen geben. Es eignet sich aber sehr gut dazu, Arbeitgebern unter dem Hinweis auf mögliche Kosteneinsparungen die Entwicklung oder Implementierung eines Präventionsprogrammes anzubieten, weil Fehlzeiten und Unfälle sich sehr einfach in Kosten umrechnen lassen. Für das Forschungsvorhaben kam dieses Verfahren nicht in Frage, weil die Arbeitszeitregelungen für das wissenschaftliche Personal, insbesondere für die Gruppe der Professoren, strukturell bedingt fast vollständig fehlen, so daß sich keine Daten erfassen lassen. Vorhandene Daten aus dem Verwaltungsbereich wurden mir aus Datenschutzgründen nicht zur Verfügung gestellt.
3. Die dritte Möglichkeit bestünde in der Form einer Befragung als Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung des Konsumverhaltens. Diese Variante wurde nicht in Erwägung gezogen, weil eine solche Befragung in der Vorbereitungsphase methodisch zu aufwendig ist und in der Öffentlichkeit begründet sein muß, um nicht auf großen Widerstand

zu treffen und damit mehr Unruhe zu schaffen, als für das Projekt nützlich ist.

Wie schon anfangs erwähnt, geht die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (1990) von Schätzwerten aus, denen zufolge 5% der Arbeitnehmer alkoholkrank und weitere 10% alkoholgefährdet sind. Unter Hinweis auf die Arbeitsbedingungen an Universitäten geht auch SCHULZ (1992) von dieser Größenordnung aus.

Obwohl die Pilot-Universität nicht zuletzt wegen ihrer überschaubaren Größe in vielen Bereichen sicher weniger anonyme Arbeitsbedingungen aufweist als die großen Universitäten, gehe ich davon aus, daß die Größenordnung der Probleme nicht anders einzuschätzen ist.

5% von	530 Mitarbeitern (Stand 1995) alkoholranke Mitarbeiter	= 26,5
10% von	530 Mitarbeitern alkoholgefährdete Mitarbeiter	= 53,0

Nach diesen auf die Pilot-Universität bezogenen Schätzungen betrifft das Problem Alkoholmißbrauch ca. 80 Mitarbeiter. Berücksichtigt man zusätzlich einen Anteil von 1% Medikamentenabhängigen – die von Frauen bevorzugte Droge (70% sind Frauen) – kommen noch einmal 5 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen hinzu. Abhängigkeit von illegalen Drogen, süchtiges Verhalten wie Eßstörungen, Spielsucht und Arbeitssucht, sind dabei nicht berücksichtigt. Insgesamt sind also ca. 85 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Pilot-Universität von dem Problem unmittelbar betroffen. Mittelbar betroffen sind Vorgesetzte, Kollegen, Studenten, Personalräte und Frauenbüro, die früher oder später mit den Auswirkungen und Begleiterscheinungen süchtigen Verhaltens konfrontiert werden.

Der Arbeitskreis Gesundheitsförderung (AKG) ist bisher informiert über

- 8 Fälle starken Suchtmittelmißbrauchs.
- In 6 Fällen sind Mitglieder des AKG beratend und / oder intervenierend tätig geworden.

1.9 Fazit und Arbeitsthese

Die ursprüngliche Absicht des Forschungsvorhabens war, das oben beschriebene Programm betrieblicher Alkoholprävention an der Universität zu implementieren und es dann in Richtung Gesundheitsförderung weiterzuentwickeln. Nach den ersten Gesprächen und Analysen entstand die Vermutung, daß das überwiegend – auch von mir – in Wirtschaftsunternehmen umgesetzte Alkoholpräventionsprogramm in dieser Form nicht auf die Organisation Universität übertragbar sei.

Die Universität ist ein Arbeitsbereich mit einem hohen Gefährdungspotential. Wie die Untersuchung von LAUBER (s. 1989, S. 500) zeigte, war der Anteil der Mehrtrinker (täglicher Alkoholkonsum) im Wissenschaftsbereich besonders hoch. Zu der Beschäftigtengruppe, die ebenfalls einen erhöhten Alkoholkonsum aufwies, gehörten die Vorgesetzten im Verwaltungsbereich und die Handwerker. Der Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und Alkoholkonsum ist hinreichend untersucht und nachgewiesen. Bei der Untersuchung von LAUBER ergab sich, daß nicht einzelne Faktoren an sich belastend sind, sondern das Zusammenwirken von unterschiedlichen Tätigkeitsmerkmalen und organisatorischen Mängeln. Auf die Universität treffen nach LAUBER (1989) folgende Arbeitsbedingungen zu, die als konsumfördernd bezeichnet werden:

- Hohe psychische Belastung bei gleichzeitig hohem Handlungsspielraum,
- große Tätigkeitsvielfalt im Zusammenwirken mit organisatorischen Mängeln, geringem Entscheidungsspielraum und geringer Weiterqualifizierungsmöglichkeit,
- keine oder falsche Anreizsysteme,
- fehlende Aufstiegsperspektiven,
- unsichere und unklare Arbeitsplatzperspektiven,
- repressiv–autoritäre Betriebsstruktur,
- geringe soziale Kontrolle bei gleichzeitig hohem zeitlichen Entscheidungsspielraum,
- 'unangreifbare' Positionen.

Begünstigend auf das Konsumverhalten an der Pilot–Universität wirkt sich die z. Zt. nicht einschränkbare alltägliche Verfügbarkeit der Droge Alkohol in den Mensen und Caféterias, sowie die Tolerierung des Alkoholkonsums während der Arbeitszeit im Wissenschaftsbereich aus.

Die Elemente der Sekundärprävention – Erkennen des Problems und frühzeitiges Handeln; Konstruktiver Leidensdruck; Stufenplan – sind in dieser Form für Organisationen entwickelt worden, die

- hierarchisch organisiert sind,
- den kooperativen Führungsstil favorisieren,
- ein Interesse an der Leistungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter haben.

Wesentliche Organisationsmerkmale der Universität stehen von daher der Kompatibilität des Programmes entgegen:

- Die Trennung von Wissenschaft und Verwaltung,
- der Status der Professoren,
- viele Mitarbeiter mit befristeten Arbeitsverträgen,

- fehlende Personalentwicklungskonzepte und personenabhängige Führungsstile (laissez-faire bis autoritär),
- fehlende Leistungsbewertung und Kontrolle.

Bezogen auf die Personalführung gibt es im Wissenschaftsbereich der Universität keine eindeutige Handlungsstruktur. Die Professoren sind dienstrechtlich nicht eingebunden. Sie sind in der Ausgestaltung ihres Dienstverhältnisses selbständig. Es gibt vor Ort keinen, der dienstrechtlich verpflichtet und in der Lage ist, die Arbeits- und Leistungsfähigkeit von Professoren zu überprüfen und keinen, der den Professoren gegenüber zu fürsorglichem Handeln verpflichtet ist. Wenn betroffenen Professoren geholfen werden soll, sind sie auf die moralische Selbstverpflichtung von Kollegen angewiesen. Der konstruktive Leistungsdruck kann unterhalb der Ministeriebene nur durch kollegiale Konfrontation und Öffentlichkeit aufgebaut werden. Als ersten Schritt müßten sich der Senat und die Fachbereichsräte zu einem derartigen Vorgehen gegenüber alkoholgefährdeten und –abhängigen Kollegen und Kolleginnen entschließen.

Die Einstellung der Professoren zu ihrer Personalverantwortung ist in Bezug auf die Alkoholprävention nicht nur für sie selbst von Bedeutung, sondern für alle im wissenschaftlichen Bereich der Universität Beschäftigten. Dies gilt insbesondere für die wissenschaftlichen Mitarbeiter der Professoren, für die diese in fachlicher Hinsicht eine Vorgesetztenfunktion haben und von ihren Mitarbeitern auch als Vorgesetzte angesehen werden. Tatsächlich bestehen jedoch große Defizite in der Ausübung der Vorgesetztenrolle durch die Professoren. Ein Handlungskonzept für den Wissenschaftsbereich der Universität hätte die Voraussetzung, daß die Professoren ihre Personalverantwortung annehmen und sich entsprechend informieren und sensibilisieren. Je unklarer sie sich in ihrer Rolle selbst gegenüber und ihren Mitarbeitern gegenüber definieren, desto stärker tragen sie zu einer Arbeitsatmosphäre bei, die vermehrten Alkoholkonsum begünstigt. Sie verhalten sich im Problemfall co–abhängig.

Durch die Verabschiedung einer Dienstvereinbarung ist die dargestellte Problematik nicht zu lösen. Ein zu entwickelndes Alkoholpräventionsprogramm muß in allen Bereichen der Universität diskutiert werden. Über einflußreiche Persönlichkeiten muß darauf hingewirkt werden, daß sich zumindest die Professoren mit besonderen Funktionen (Dekane, Institutsleiter etc.) für das Thema interessieren und sensibilisieren. Wenn es nicht möglich ist, Professoren in stärkerem Umfang als bisher zu motivieren, sich aktiv mit dem Thema auseinanderzusetzen und die Teilnahme an Schulungen als notwendige und hilfreiche Unterstützung für die Ausübung ihrer Personalverantwortung zu betrachten, bleibt das Programm für die Universität bedeutungslos.

Meine These lautet: Wenn die Dienstvereinbarungen oder Handlungskonzepte das Stufenmodell enthalten, können sie nur praktische Relevanz für den Verwaltungsbereich der Universität haben. Das Stufenmodell beinhaltet ein Hilfs- und Sanktionskonzept, in dem der Vorgesetzte eine besonders verantwortungsvolle Rolle spielt, das nicht gleichermaßen auf die unterschiedlichen Strukturen von Verwaltung und Wissenschaft übertragbar ist.¹

Die Dokumentation des Pilotprojektes, Experteninterviews, eine von mir auf der 3. Arbeitstagung 'betriebliche Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention an den bundesdeutschen Hochschulen und Universitäten' durchgeführte Befragung und die genauere Betrachtung der besonderen Organisationsmerkmale der Universität helfen diese These zu verifizieren.

2 Planung

2.1 Auftrag

Bis zum Juli 1994 hatte der Arbeitskreis Gesundheitsförderung keinen offiziellen Arbeitsauftrag. Um ein Mandat für die gesamte Universität zu erhalten, beschloß der Arbeitskreis, sich um einen formalen Status im Rahmen der universitären Selbstverwaltung zu bemühen. Auf den schriftlichen Antrag des Arbeitskreises hin erteilte der Senat dem AK folgenden Auftrag: „Der Senat erteilt dem bisher informell bestehenden „Arbeitskreis Gesundheitsförderung“ ein offizielles Mandat und bittet ihn, ein Konzept zur Suchtprävention an der Universität ... zu entwickeln“.² Der Antrag wurde einstimmig angenommen.

Als faktischer Auftrag kann die Mittelzuteilung für das Haushaltsjahr 1994 gewertet werden. Gemäß des Antrages des Arbeitskreises von Nov. 1993 wurden die Personalkosten für eine wissenschaftliche Hilfskraft (WHK), die Sachmittel und die Mittel für die Ausbildung von Suchtkrankenhelfern in vollem Umfang bewilligt. Die beantragten Mittel für die externe Durchführung der Seminare für Mitarbeiter mit Personalführungsaufgaben wurden gekürzt.

Als Mitglied des Arbeitskreises wurde der Personaldezernent durch den Kanzler und das Personalratsmitglied durch den Personalrat beauftragt, eine Dienstvereinbarung zu erarbeiten. Die später hinzugekommene Mitarbeiterin des Gleichstellungsbüros erhielt ihr Mandat durch die Frau-

¹ Die These soll auf Handlungsalternativen hinweisen, „...und wenn möglich, zur praktischen Veränderung und Verbesserung der Realität führen. Sie bezieht sich nicht primär auf Gegenstände wissenschaftlich-interner Neugier“ (HUSCHKE-RHEIN 1987, S. 190).

² Aus dem Senatsprotokoll.

enbeauftragte und der Obmann der Schwerbehinderten durch seine Funktion. Ohne direkten Auftrag arbeiteten der Professor und ich selbst.¹

Die Auftragsunklarheit wurde besonders deutlich, als zu klären war, an wen das vom Arbeitskreis erarbeitete „Konzept zur betrieblichen Suchtprävention“ übergeben werden sollte. Die Mitglieder des Arbeitskreises gingen davon aus, daß das Konzept dem Senat als Auftraggeber übergeben wird, der Kanzler hingegen betrachtete sich als Auftraggeber.

Die Auftragsfrage wurde zu sehr vernachlässigt. Es wäre wichtig gewesen, am Anfang zu klären, wer wem welchen Auftrag gibt. Diese Klärung wäre sicherlich nicht unproblematisch verlaufen. Sie hätte jedoch frühzeitiger die unterschiedlichen Interessen verdeutlicht, die Grenzen des Machbaren abgesteckt und den Mitgliedern des Arbeitskreises die Frustration erspart, nach getaner Arbeit festzustellen, für diverse hochschulpolitische Interessen benutzt worden zu sein.

2.3 Ansatzpunkte für ein Alkoholpräventionsprogramm

2.3.1 Der Arbeitskreis

Der Arbeitskreis hatte sich kurz vor Beginn des Forschungsprojektes konstituiert. Mitglieder waren zu diesem Zeitpunkt:

- ein Professor,
- ein Mitglied des Personalrates und
- ein Mitarbeiter der Personalverwaltung.

Die Gründung des Arbeitskreises zu diesem Zeitpunkt erfolgte auf dem Hintergrund der Kündigung eines langjährigen Mitarbeiters wegen Suchtmittelmißbrauchs und des von ihm angestrebten Kündigungsschutzprozesses. Angeregt durch den Kanzler, sich um das Thema zu kümmern, ging die Initiative zur Gründung des Arbeitskreises vom Personaldezernat aus.

¹ Die Ziele und Interessen einzelner Personen steuern und beeinflussen den Prozeß, auch wenn ihre Einflußmöglichkeiten den jeweils ausgegliederten organisatorischen Bedingungen untergeordnet sind. Wenn sie über eine Funktion auf der Macht- und Entscheidungsebene der Organisation verfügen, ist ohne ihre Zustimmung kaum eine Veränderung möglich. Der Arbeitskreis hatte einen unklaren Auftrag, die Einflußmöglichkeiten einzelner (nicht nur Mitglieder) auf den Prozeß und insbesondere auf das Ergebnis, waren daher groß.

¹ Wie sehr sachliche Entscheidungsprozesse von Personen und deren Interessen abhängig sind, wurde besonders durch Netzwerkforschungen wiederholt nachgewiesen. Vgl. Schneider, V.: Politiknetzwerke der Chemikalienkontrolle, 1988.

Aufgrund meiner Vorerfahrungen in der betrieblichen Suchtberatung wurde ich im Juni 1993 als beratendes Mitglied in den Arbeitskreis aufgenommen. Bei einer der ersten Sitzungen wurden in einem Brainstorming folgenden persönlichen Ziele für die Arbeit ermittelt:

- Mitarbeitern helfen, aus dem Suchtkreislauf (Arbeit / Familie) zu entkommen,
- Hilfe für betroffene Mitarbeiter / in,
- Wahrnehmung der Fürsorgepflicht,
- Vorgesetzten Hilfestellung geben,
- Verfahren / Instrumentarien für die Universität schaffen,
- frühzeitige Hilfe für Mitarbeiter,
- Leidensweg verkürzen,
- gesundes Trinkverhalten fördern,
- Vorurteile abbauen.

Als angestrebte Ergebnisse wurden genannt:

- Erarbeitung einer Dienstvereinbarung,
- Erarbeitung eines betrieblichen Handlungskonzeptes,
- verändertes Trinkverhalten durch Aufklärung, Reduzierung von Trinkanlässen und evtl. Alkoholverbot.

Über die Umsetzung der angestrebten Ergebnisse und der persönlichen Ziele bestanden folgende Vorstellungen:

- über den Arbeitskreis (richtige Besetzung, weitere Mitglieder?),
- interne Informationen (Information der Universitätsleitung, der Vorgesetzten, des Personalrates und des Vertrauensmannes der Schwerbehinderten),
- allgemeine Informationen durch Broschüre,
- Personalversammlung,
- Vorgesetzten- und Personalräteschulung.

Die sich daraus ergebenden Aufgaben wurden den Mitglieder des Arbeitskreises übertragen.

Als besonderes Problem wurde von den Arbeitskreismitgliedern formuliert, wie die Professoren zu erreichen und zu motivieren seien.

Der Arbeitskreis hat bisher 15 mal getagt. Alle Sitzungen wurden protokolliert. Bis zum Nov.1994 wurden die Arbeitskreistreffen von mir vor- und nachbereitet. Die Geschäfte des Arbeitskreises wurden bis zu diesem Zeitpunkt ebenfalls überwiegend von mir geführt. Der Arbeitskreis beriet und traf alle Entscheidungen über das weitere Vorgehen. Um sich nicht auf das Thema 'Sucht' festzulegen, hat sich der Arbeitskreis am Okt.1993

in Arbeitskreis 'Gesundheitsförderung' umbenannt. Die Erweiterung des Arbeitskreises um ein Mitglied der Schwerbehindertenvertretung und eine Mitarbeiterin des Gleichstellungsbüros wurde im Juni 1994 beschlossen. Auf derselben Sitzung erfolgte die Entscheidung, sich um ein offizielles Mandat beim Senat zu bemühen. Im Nov.1994 wurde beschlossen, daß ich das Projekt nur noch wissenschaftlich begleiten und beraten solle. Die Geschäftsführung wurde von einer wissenschaftlichen Hilfskraft übernommen, der Vorsitz von dem Professor, die Stellvertretung von der Mitarbeiterin des Gleichstellungsbüros und der Haushalt vom Mitarbeiter des Personaldezernats.

Außer mir haben zwei Mitglieder des Arbeitskreises an den Arbeitstagen „Betriebliche Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention an den bundesdeutschen Universitäten und Hochschulen“ in Berlin und Oldenburg teilgenommen. Alle nahmen an dem Seminar für Mitarbeiter mit Personalführungsaufgaben teil. Die Arbeitsatmosphäre im Arbeitskreis war über die gesamte Zeit engagiert und konstruktiv.¹

Der AK ist, wie schon dargestellt, fester Bestandteil jedes Alkoholpräventionsprogrammes. Auch in dem vom AK erarbeiteten Handlungskonzept für die Suchtprävention an der Pilot-Universität ist der Arbeitskreis als feste Einrichtung vorgesehen. Er soll die verschiedenen Aktivitäten zur Suchtprävention und darüber hinausgehend zur Gesundheitsförderung an der Universität koordinieren und vernetzen. Außerdem soll er weiterhin beratende Funktion bei der Umsetzung des Konzeptes haben.

Zu den Beratungen über die Formulierung einer Dienstvereinbarung zwischen dem Kanzler und dem Vorsitzenden des Personalrates im Jahr 1996 wurde kein Arbeitskreismitglied hinzugezogen. In einem Schreiben vom Nov.1996 an den Vorsitzenden des Arbeitskreises wies der Präsident darauf hin, daß der Arbeitskreis „... sich durch einen Senatsbeschluß gewissermaßen verselbständigte. Eine Dauereinrichtung sollte dies aber dennoch nicht werden, weil Dienststelle und Personalrat ihre gesetzliche Verantwortung nicht abgeben können“. Daran schloß sich die Bitte an, von weiteren Sitzungen Abstand zu nehmen.

¹ Alle Mitglieder des Arbeitskreises sind sozial engagierte Kolleginnen und Kollegen und als solche auch in der Universitätsöffentlichkeit bekannt. Für die Erarbeitung des Konzeptes war dies von großem Vorteil. Um das Konzept jedoch durchzusetzen, fehlte nach meiner Einschätzung jemand, der über entsprechenden Einfluß auf die Selbstverwaltungsorgane, die Dekane, den Präsidenten und den Kanzler verfügte. Somit hatte der Arbeitskreis keine Lobby, was m. E. zum Teil durch die Persönlichkeitsstrukturen der Arbeitskreismitglieder begründet war. Ihr hohes soziales Engagement steht dabei einer direktiven, einflußnehmenden Einstellung entgegen. Aus soziologischer Perspektive betrachtet, lassen sich Beschlüsse in Organisationen leichter vollziehen, wenn sie von Personen gefördert werden, die über viele informelle Kontakte zu Personen verfügen, die wiederum formelle Positionen haben, in denen sie Entscheidungen beeinflussen können (vgl. COZIER / FRIEDBERG 1979)

In der Ende 1996 verabschiedeten Dienstvereinbarung, die nur für die nicht-wissenschaftlichen Mitarbeiter der Universität gilt, ist kein Arbeitskreis vorgesehen.

2.3.2 Verfügbarkeit von Alkohol

Für viele Betriebe ist die Einschränkung der Verfügbarkeit ein zentraler Ansatzpunkt für die Prävention. Damit ist das Alkoholproblem einzelner zwar nicht gelöst, aber der Konsum insgesamt kann reduziert werden.

2.3.2.1 Einschränkung des Alkoholangebotes

An der Universität werden alkoholische Getränke angeboten:

- in der Mensa,
- in der Cafeteria und
- in einer Studentenkneipe auf dem Uni-Gelände.

Die Einrichtungen werden von Bediensteten der Universität wie von Studenten gleichermaßen besucht. Die Einschränkung des Angebotes ist bisher noch nie in Erwägung gezogen worden.

2.3.2.2 Alkoholverbot

Aufgrund aktueller Mißbrauchsvorfälle hat der Kanzler Anfang der 80er Jahre ein Alkoholverbot für die Bediensteten im Verwaltungsbereich ausgesprochen. Ausnahmen konnten von den Vorgesetzten genehmigt werden. Einige Arbeitsbereiche wurden ohne Nennung von Gründen von diesem Verbot ausgenommen. Eine Absprache mit dem Personalrat gab es nicht. Dadurch war das Verbot nicht rechtmäßig. Trotzdem hat diese Initiative und die Konfrontation einzelner Mitarbeiter durch den Kanzler bewirkt, daß in einem als besonders problematisch geltenden Arbeitsbereich kein Alkohol mehr während der Arbeitszeit getrunken wird und nach Einschätzung der Seminarteilnehmer¹ der Alkoholkonsum insgesamt zurückgegangen ist.

Auch wenn der Kanzler betont, daß dieses Alkoholverbot immer noch bestehe, kann man faktisch nicht davon ausgehen, weil

- es keine schriftlichen Unterlagen mehr darüber gibt,
- die Zustimmung des Personalrates fehlt,
- die meisten Vorgesetzten nichts darüber wissen und
- die personenbezogenen Ausnahmeregelungen zu Unklarheit führen.

Anlässlich eines erneuten Problemfalles in einer der Einrichtungen der Universität hat der Kanzler beim Arbeitskreis eine Erneuerung des Alko-

¹ Seminar für Mitarbeiter mit Personalführungsaufgaben.

holverbotes vorgeschlagen. Nach eingehender Diskussion hat sich der Arbeitskreis gegen ein Alkoholverbot ausgesprochen, weil diese Initiative im Gegensatz zu dem Bestreben des Arbeitskreises stünde, das Thema zu enttabuisieren. Es führe lediglich dazu, daß Vorgesetzte sich hinter einem Verbot versteckten, das ihnen jedoch im konkreten Fall die Handlungsentscheidung nicht abnähme.

Grundsätzlich ist zu sagen, daß ein Alkoholverbot das Alkoholproblem nicht löst. Vielmehr kann es eine Aufforderung zum verdeckten Trinken sein. Dadurch wird es noch schwieriger, rechtzeitig helfend einzugreifen. Darüber hinaus ist ein Alkoholverbot für die gesamte Universität einschließlich des Wissenschaftsbereiches nicht durchsetzbar. Der Personalrat würde für eine derartige Regelung mit dem Hinweis auf die Gleichbehandlung seine Zustimmung verweigern. Ich halte ein Abstinenzgebot am Arbeitsplatz in Verbindung mit einer vernünftigen Aufklärung über die Risiken des Alkoholkonsums für sinnvoller.

2.4 Befragung zum Stand der betrieblichen Suchtkrankenhilfe an den deutschen Universitäten und Hochschulen

Bevor ich zu meiner eigenen Befragung komme, möchte ich auf die vorhergehenden Befragungen zum Stand der betrieblichen Suchtkrankenhilfe (SKH) an den bundesdeutschen Universitäten und Hochschulen eingehen. Dabei wird deutlich, daß es nicht nur eine Veränderung in den Ergebnissen gegeben hat, sondern auch bei den Fragestellungen, die für relevant gehalten werden.

Die erste Befragung dieser Art wurde 1992 von SCHULZ durchgeführt. Er schrieb 80 Universitäten, Gesamthochschulen und Pädagogische Hochschulen in den alten und neuen Bundesländern an. Das Anschreiben und der Fragebogen wurde vom Kanzler der Universität Braunschweig an die Kanzler der anderen Universitäten und Hochschulen geschickt. So erhoffte sich SCHULZ eine Verbindlichkeit, die einen möglichst hohen Rücklauf sichern sollte. Geantwortet hatten 48 Universitäten (60%). Ziel dieser Umfrage war, herauszufinden, „... in welchem Umfang betriebliche Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention an den bundesdeutschen Universitäten erfolgt“ (SCHULZ, 1992). Die Umfrage erbrachte einen durchaus repräsentativen Überblick zum Umfang der betrieblichen Suchtkrankenhilfe an den Universitäten, zu Modellen und Dienstvereinbarungen. Als Ergebnisse wurden festgehalten, daß

- an nur 10 Universitäten eine Dienstvereinbarung existierte,
- an 10 weiteren Universitäten eine Dienstvereinbarung in Vorbereitung oder Planung war,
- 22 Universitäten über ein Angebot der betrieblichen Suchtkrankenhilfe verfügten,

- weitere 7 Universitäten befanden sich in einer – wie auch immer getreten – Planungsphase.
- Die verbleibenden 19 Universitäten verfügten weder über eine Dienstvereinbarung noch über ein Angebot einer betrieblichen Suchtkrankenhilfe. (vgl. SCHULZ 1992)

Der standardisierte Fragebogen beinhaltete zwei geschlossene Fragen. Wurde die Frage 2 mit ja beantwortet, ergaben sich daraus zwei offene Folgefragen. Insgesamt handelte es sich ausschließlich um Fragen nach objektiven Sachverhalten. Um Aussagen über den Umfang der betrieblichen Suchtkrankenhilfe machen zu können, fragte SCHULZ nach bestehenden oder geplanten Dienstvereinbarungen, Angeboten einer betrieblichen Suchtkrankenhilfe sowie dem Modell, nach der die Suchtkrankenhilfe arbeitet und nach der Profession des Suchtkrankenhelfers.

1993 wurde auf der 2. Arbeitstagung 'Betriebliche Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention an den bundesdeutschen Hochschulen und Universitäten' an die Teilnehmer ein Fragebogen verteilt, der als zusätzliche Frage beinhaltete, ob an der Universität auch Seminare für Vorgesetzte über das Thema Alkohol am Arbeitsplatz angeboten werden. 13 von 26 Universitäten beantworteten diese Frage mit ja. An 9 weiteren wurde die Durchführung von Seminaren geplant. Weiter wurde gefragt, ob diese Veranstaltung Pflicht ist. Nur an einer von den 13 Universitäten war die Teilnahme Pflicht.

Anlässlich der 3. Arbeitstagung 1994 wurde an 81 Universitäten ein Fragebogen verschickt. Der Fragebogen wurde zusammen mit der Einladung für die 3. Arbeitstagung versandt. Der Rücklauf war mit 38 (47%) deutlich geringer als 1992 bei SCHULZ. In seiner Auswertung fragt sich SCHUMANN (1994) nach dem Grund. Er stellt fest, daß es an mangelndem Interesse für das Thema nicht liegen kann, weil seines Wissens auch Universitäten nicht geantwortet haben, die über eine Dienstvereinbarung, nebenamtliche oder gar professionelle Suchtkrankenhilfe verfügen.¹ Ziel dieser Befragung war es, die Veränderungen und Entwicklungen gegenüber dem Stand von 1992 herauszufinden. In Methode und Aufbau orientierte sich dieser Fragebogen an dem von SCHULZ. Wie schon beim Fragebogen der 2. Arbeitstagung wurde darüber hinaus nach Seminaren für Führungskräfte gefragt. Diese Nachfrage kann als Hinweis darauf verstanden werden, daß, ähnlich wie in den Wirtschaftsunternehmen, den Vorgesetzten an Universitäten eine entscheidende Rolle bei der Umsetzung von Handlungskonzepten zugeschrieben wird. Die Fragen nach den

¹ Die meines Erachtens naheliegende Ursache besteht in der höheren Verbindlichkeit der ersten Untersuchung. Durch die Weiterleitung des Fragebogens auf dem Dienstweg wurde dem Untersuchungsgegenstand mehr Autorität und Unterstützung verliehen, was die Rücklaufquote positiv beeinflusste.

Modellen der Suchtkrankenhilfe und der Profession der Suchtkrankenhelfer weisen auf den Versuch einer qualitativen Einschätzung der unterschiedlichen Maßnahmen hin. Die wichtigsten Ergebnisse im Einzelnen waren:

- an 18 von 38 Universitäten existierte mittlerweile eine Dienstvereinbarung,
- 15 weitere waren in Planung,
- betriebliche Suchtkrankenhilfe (SKH) existierte an 17 Universitäten,
- 15 weitere planten die Einführung von SKH,
- an 10 Universitäten gab es ein professionelles hauptamtliches Angebot für die SKH,
- an 1 Universität wurde das Angebot durch den betriebsärztlichen Dienst abgedeckt,
- an 5 Universitäten gab es ein nebenamtliches Angebot
- und an 1 Universität wurde die SKH durch freie Träger abgedeckt,
- Seminare für Führungskräfte wurden an 15 Universitäten angeboten,
- an 13 Universitäten wurden Seminare für Führungskräfte geplant
- und an 10 waren keine Schulungen vorgesehen.

2.4.1 These und Zielsetzung der Befragung

Ausgehend von der Frage, ob das im Handlungskonzept vorgesehene Stufenmodell generell mit dem Organisationsmodell der Universität kompatibel sei, sollte durch die folgende Befragung ergründet werden, inwieweit die oben skizzierten besonderen Organisationsmerkmale der Universitäten bei der Umsetzung von Dienstvereinbarungen und Handlungskonzepten an anderen Universitäten und Hochschulen berücksichtigt wurden. Von besonderem Interesse war:

- ob und wie viele Dienstvereinbarungen das Stufenmodell beinhalteten;
- ob diese Dienstvereinbarung auch für wissenschaftliche Mitarbeiter gilt oder ob es für sie eine gesonderte Handlungsempfehlung gibt;
- ob Schulungen für Mitarbeiter mit Personalführungsaufgaben durchgeführt wurden;
- ob alle Vorgesetzten aus der Verwaltung daran teilgenommen haben;
- ob und wie viele wissenschaftliche Mitarbeiter (also auch Professoren) mit Personalführungsaufgaben daran teilgenommen haben.

2.4.2 Methodisches Vorgehen

Für den Zweck dieser Befragung erschien eine postalische Befragung zu aufwendig, zumal nach den Oldenburger Erfahrungen ein noch geringerer Rücklauf zu erwarten war. Nach der Erfahrung mit dem 2. Arbeitstreffen konnte ich davon ausgehen, daß auch beim 3. Arbeitstreffen in Oldenburg die an diesem Thema interessierten Universitäten und Hochschulen aus

dem Bundesgebiet repräsentativ vertreten sein würden. Die für die Beantwortung kompetenten Personen waren so am einfachsten und schnellsten zu erreichen. Teilgenommen haben: Suchtberater, Kanzler, stellv. Kanzler, Personaldezernenten, Personalräte, Gesundheitsbeauftragte, Suchtkrankenhelfer, Mitarbeiter des Personalbüros, Betroffene. Nach einer kurzen mündlichen Erläuterung im Plenum über Sinn, Zweck und Ziel der Befragung wurden die Fragebögen verteilt. 3 Teilnehmer fühlten sich nicht kompetent genug für die Beantwortung und versicherten, den Fragebogen weiterzuleiten. Alle drei habe ich später auf dem postalischen Weg beantwortet erhalten.

Darst. 18: Fragebogen zur Suchtprävention an deutschen Universitäten und Hochschulen

Fragebogen zur Suchtprävention an deutschen Universitäten und Hochschulen	
Name:
Universität:
Tel. für evtl. Nachfragen:
1. Gibt es an Ihrer Universität / Hochschule eine Dienstvereinbarung über den Umgang mit alkoholgefährdeten und alkoholkranken MitarbeiterInnen?	
ja	nein
2. Beinhaltet Ihre Dienstvereinbarung ein Handlungskonzept, das über ein Stufenmodell den "konstruktiven Leidensdruck" aufbauen soll?	
ja	nein
3. Gilt diese Dienstvereinbarung auch für die wissenschaftlichen MitarbeiterInnen?	
ja	nein
4. Wenn nein, gibt es für die wissenschaftlichen MitarbeiterInnen eine Handlungsempfehlung oder ein ähnliches Konzept?	
ja, und zwar
nein	
5. Wenn ja, beinhaltet diese Handlungsempfehlung ein Stufenmodell, das den "konstruktiven Leidensdruck" aufbaut?	
ja	nein
6. Wurden an Ihrer Universität / Hochschule Schulungen (zum Umgang mit Suchtproblemen am Arbeitsplatz) für MitarbeiterInnen mit Personalführungsaufgaben durchgeführt?	
ja	nein
7. Wenn ja, haben alle nicht wissenschaftlichen MitarbeiterInnen mit Personalführungsaufgaben daran teilgenommen?	
ja	
nein	wieviel % ungefähr
	die Schulungen werden fortgesetzt, bis alle teilgenommen haben.
8. Haben an den Schulungen wissenschaftliche MitarbeiterInnen mit Personalführungsaufgaben (Dekane, InstitutsleiterInnen und ProfessorInnen) teilgenommen?	
ja	wieviel
nein	
in Planung	

2.4.3 Fragebogen Auswertung

An der 3. Arbeitstagung in Oldenburg haben laut Teilnehmerliste 35 Universitäten teilgenommen. Obwohl meine Befragung keine offizielle Verbindlichkeit – z.B. durch die Inanspruchnahme der unterstützenden Autorität einer weisungsbefugten Instanz – hatte, ist die Rücklaufquote von 26 Fragebögen (74 %) sehr erfreulich. Der Rücklauf kann als repräsentative Stichprobe der Gesamtpopulation betrachtet werden, die sich aus Universitätsvertretern derjenigen Universitäten zusammensetzte, die aufgrund der intensiven Beschäftigung mit der Thematik universitärer Suchtprävention an der Arbeitstagung teilgenommen hatten.

In der Befragung wurde nach Handlungskonzepten gefragt, die in Dienstvereinbarungen festgeschrieben waren. Für die Auswertung ist von Bedeutung, daß 5 Universitäten auf Handlungskonzepte ohne Dienstvereinbarung hinwiesen. Diese Konstruktion hätte eigentlich bei der Fragebogenformulierung berücksichtigt werden müssen, da Handlungskonzepte nicht notwendigerweise in Dienstvereinbarungen festgeschrieben sein müssen.

Tabelle 1:

Gibt es an Ihrer Universität / Hochschule eine Dienstvereinbarung über den Umgang mit alkoholgefährdeten und alkoholkranken Mitarbeiter ?

	nominal	prozentual
ja	9	35 %
nein	17	65 %
	26	100 %

4 Universitäten wiesen durch Anmerkungen darauf hin, daß sie zwar keine Dienstvereinbarung haben, aber ein schriftliches Handlungskonzept bzw. eine Handlungsempfehlung. 1 Universität hat eine mündliche Handlungsvereinbarung. Das bedeutet, daß von den befragten Universitäten und Hochschulen 13 eine Dienstvereinbarung oder ein schriftliches Handlungskonzept haben.

Tabelle 2:

Beinhaltet Ihre Dienstvereinbarung ein Handlungskonzept, das über ein Stufenmodell den "konstruktiven Leidensdruck" aufbauen soll?

	nominal	prozentual
ja	14	100 %
nein		

Alle Universitäten mit einer Dienstvereinbarung oder Handlungsempfehlung haben das Stufenmodell im Handlungskonzept.

Tabelle 3:

Gilt diese Dienstvereinbarung auch für die wissenschaftlichen Mitarbeiter?

	nominal	prozentual
ja	14	100 %
nein		

Alle Dienstvereinbarungen und Handlungsempfehlungen gelten auch für die wissenschaftlichen Mitarbeiter. Eine Einschränkung wird lediglich von der Universität Braunschweig gemacht, mit dem Hinweis auf das Disziplinarrecht der Beamten.

Tabelle 4:

Wenn nein, gibt es für die wissenschaftlichen Mitarbeiter eine Handlungsempfehlung oder ein ähnliches Konzept?

	nominal	prozentual
ja	4	29 %
nein		

Da Frage 3 von keinem mit „nein“ beantwortet wurde, müßte diese Frage eigentlich ohne Antwort sein. Mit ja haben die Universitäten geantwortet, die in der Frage 1 auf ein schriftliches Handlungskonzept hingewiesen haben. Vermutlich wurde hier aufgrund des Begriffes „Handlungsempfehlung“ mit ja geantwortet. Eine telefonische Nachfrage bei den 4 Universitäten hat ergeben, daß sie für die wissenschaftlichen Mitarbeiter über keine gesonderte Handlungsempfehlung verfügen.

Tabelle 5:

Wenn ja, beinhaltet diese Handlungsempfehlung ein Stufenmodell, das den "konstruktiven Leidensdruck" aufbaut?

	nominal	prozentual
ja	11	79 %
nein	2	14 %
		93 %

Frage 5 bezieht sich auf Frage 4. Das heißt, hier wird danach gefragt, ob die Handlungsempfehlung für die wissenschaftlichen Mitarbeiter ein Stufenmodell, das den 'konstruktiven Leidensdruck' aufbaut, enthält. Da mit Frage 3 schon beantwortet wurde, daß alle Dienstvereinbarungen

auch für wissenschaftliche Mitarbeiter gelten und aus der Auswertung von Frage 4 hervorgeht, daß es keine gesonderten Handlungsempfehlungen für sie gibt, müßte auch Frage 5 ohne Antwort sein.

Tabelle 6:

Wurden an Ihrer Universität / Hochschule Schulungen (zum Umgang mit Suchtproblemen am Arbeitsplatz) für Mitarbeiter mit Personalführungsaufgaben durchgeführt?

	nominal	prozentual
ja	8	31 %
nein	18	69 %
	26	100 %

Alle 8 Universitäten und Hochschulen, an denen bisher Schulungen durchgeführt wurden, haben eine Dienstvereinbarung oder ein schriftliches Handlungskonzept. Wenn ich von 13 Universitäten mit einer Dienstvereinbarung oder Handlungsempfehlung als 100 % ausgehe, wurden von immerhin **62 %** Schulungen für Vorgesetzte durchgeführt.

Tabelle 7:

Wenn ja, haben alle nichtwissenschaftlichen Mitarbeiter mit Personalführungsaufgaben daran teilgenommen?

	nominal	prozentual
ja	3	37,5 %
nein	5	62,5 %
zusammen	8	100 %
werden fortgesetzt	2	

Von den **8** Universitäten, die die Frage 6 mit ja beantworteten, haben hier **3** mit ja und **5** mit nein geantwortet. Von diesen **5** haben wiederum **2** auf die Fortsetzung der Schulungen hingewiesen. Demnach haben oder beabsichtigen **7 (88 %)** von **8** Universitäten, die Vorgesetztenschulungen durchführen, alle nichtwissenschaftlichen Mitarbeiter mit Personalführungsaufgaben daran teilnehmen zu lassen.

Tabelle 8:

Haben an den Schulungen wissenschaftliche Mitarbeiter mit Personalführungsaufgaben (Dekane, Institutsleiter und Professoren) teilgenommen?

	nominal	prozentual
ja	5	63 %
nein	3	37 %
zusammen	8	100 %
in Planung	2	

An **5** Universitäten und Hochschulen haben wissenschaftliche Mitarbeiter an den Schulungen teilgenommen. Bezogen auf die **14** Universitäten mit einer Dienstvereinbarung oder Handlungsempfehlung sind das **36 %**. Wie viele wirklich teilgenommen hatten, ließ sich mit dieser Frage nicht ermitteln. Eine telefonische Nachfrage bei der TU München und der TU Braunschweig ergab, daß es sich bei den wissenschaftlichen Mitarbeitern mit Personalführungsaufgaben, die an den Seminaren teilgenommen haben, überwiegend um Laborleiter handelte. Professoren haben nur sehr vereinzelt teilgenommen.

Die Auswertung hat die Mängel des Fragebogens deutlich gemacht. Die Fragen waren nicht klar und eindeutig genug formuliert, die Begriffe nicht sorgfältig genug gewählt. Obwohl davon auszugehen war, daß die Teilnehmer der Arbeitstagung Vorinformationen zum Thema besaßen, waren wichtige Begriffe wie Handlungskonzept, Handlungsempfehlung und Stufenplan doch nicht so geläufig wie von mir vorausgesetzt. Die sich auf eine vorhergehende Frage beziehenden Fragen wurden alle fehlerhaft beantwortet. Diese Fragen hätten anders formuliert und anders eingeordnet werden müssen (z.B. die Frage 4 als 3 b). Trotzdem läßt sich eindeutig feststellen, daß alle Universitäten und Hochschulen die Handlungskonzepte aus Betrieben und Verwaltungen für ihre Organisation übernommen haben. Die erwähnten Besonderheiten der Universitäten bleiben dadurch weitgehend unberücksichtigt, was auch schon durch die Überprüfung der 11 Dienstvereinbarungen und Handlungsempfehlungen belegt wurde.

Der zweite Teil der Befragung bezieht sich auf die Schulung von Mitarbeitern der Universität mit Personalführungsaufgaben. Weit mehr als die Hälfte (62 %) der Universitäten, die eine Dienstvereinbarung oder Handlungsempfehlung haben, führen Schulungen durch, an denen Mitarbeiter aus der Verwaltung und wissenschaftliche Mitarbeiter teilnehmen. Professoren haben an diesen Maßnahmen jedoch nur vereinzelt teilgenommen. Grundsätzlich wird jedoch der Zusammenhang zwischen Handlungskonzept und Handlungsschulung von den meisten Universitäten gesehen.

Die bisher an bundesdeutschen Universitäten verabschiedeten Dienstvereinbarungen und Handlungskonzepte sind nach meiner Einschätzung nur für den Verwaltungsbereich von praktischer Relevanz.

3 Aktion

3.1 Fachbereichsrat

Wie von Gesprächspartner 6 angeregt und im Arbeitskreis beschlossen, sollten die Aktivitäten des Arbeitskreises in den Fachbereichsräten vorgestellt und diskutiert werden. Die Mitglieder des AK gingen davon aus, daß bei den Pädagogen und Psychologen aufgrund ihrer Profession die größte Bereitschaft oder zumindest der geringste Widerstand zu erwarten ist. Die Vorstellung fand Interesse und führte noch während des Vortrages zu Seitengesprächen und Diskussionen unter den Anwesenden. Es wurde das Bedürfnis geäußert, konkret zu werden, da davon auszugehen sei, daß alle Anwesenden über das nötige Wissen zur Sucht und Suchtprävention verfügten. Beispiele aus dem Universitätsleben wurden angeführt. Ein Mitglied der Professorengruppe regte an, eine Liste anzufertigen, aus der ersichtlich sei, wer im Fachbereich Personalführungsaufgaben hätte und „... diesen Leuten die Teilnahme an dem Seminar wärmstens zu empfehlen“. Darüber hinaus wurde eine Liste befürwortete, auf der diejenigen vermerkt würden, die teilgenommen hätten. Zu einem Beschluß über diesen Vorschlag kam es weder in dieser noch in weiteren Fachbereichsratssitzungen. *Bis auf das Mitglied des Arbeitskreises nahm aus dem Fachbereich kein Professor am Seminar teil.*

3.2 Schulung und Weiterbildung

Viele attraktive Hilfsangebote erreichen nach bisherigen Erfahrungen den größten Teil der Betroffenen nicht. Ein Grund dafür liegt in der verzerrten Realitätswahrnehmung der Suchtkranken. Deshalb gehen erfolgreiche Hilfemaßnahmen davon aus, den Betroffenen mit seiner Realität zu konfrontieren (damit er sieht, was wir sehen). Das rechtzeitige und angemessene Handeln der Vorgesetzten ist dabei von zentraler Bedeutung. Sonst ist niemand kraft institutioneller Autorität berechtigt und zuständig, den Betroffenen mit den Folgen seiner destruktiven Verhaltensweisen zu konfrontieren, ernst zunehmende Konsequenzen anzudrohen und sie gegebenenfalls auch umzusetzen.

Wie schon im ersten Teil der Arbeit ausgeführt wurde, ist Suchtkrankheit auch eine soziale Krankheit. Das heißt, die soziale Umwelt wird mit einbezogen. Wenn Vorgesetzte und Personalräte auf das Spiel eingehen und eine der Rollen aus dem Drama-Dreieck¹ übernehmen, bleiben ihre Bemühungen vergeblich – sie können nicht helfen. Daher ist die wichtigste Maßnahme eines Handlungskonzeptes zur Suchtprävention die Unterstüt-

¹ Vgl.: 4.2 Das Drama-Dreieck

zung derjenigen, die rechtzeitig angemessen handeln sollen: Die Vorgesetzten aller Hierarchien, Personalräte und Frauenbeauftragte. Damit diese sich in ihrem Handeln kooperativ unterstützen und nicht gegenseitig „ausspielen“, ist es sinnvoll, alle gleichermaßen umfangreich zu informieren und an der Ausgestaltung eines Handlungskonzeptes zu beteiligen. Deshalb hatte der Arbeitskreis 1994 insgesamt 3 zweitägige Seminare organisiert. Sie wurden von mir in den Räumen der Universität durchgeführt. Eine geplante auswärtige Durchführung ließ sich aus Zeit- und Finanzgründen nicht realisieren.

Folgendes Schreiben wurde an den Präsidenten, den Kanzler, die Dezenten, die Abteilungsleiter der Verwaltung, die Personalräte, die Leiter und Abteilungsleiter der Bibliothek, den Beauftragten für Arbeitssicherheit, die Vertreter der Schwerbehinderten und die Leiter der Institute geschickt:

Darst. 19: Information und Einladung zum Seminar

Sehr geehrte / r Frau / Herr.....

Im Jahre 1958 wurde aufgrund einer Untersuchung von Prof. JELLINEK Alkoholismus von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Krankheit anerkannt.

**Wenn keiner hilft, ist Alkoholismus eine tödliche
Krankheit.**

In der BRD wurde sie 1968 als behandlungsbedürftige Krankheit anerkannt. Krankheitsmerkmale sind:

**Kontrollverlust und die Unfähigkeit, auf Alkohol zu
verzichten.**

Nach Schätzungen der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren sind

**5% aller ArbeitnehmerInnen alkoholkrank und weitere
10% alkoholgefährdet.**

Medikamenten- und Opiatmißbrauch sind in diesen Zahlen noch nicht berücksichtigt.

Die Arbeitswelt ist ein zentraler Lebensbereich der Menschen. Daher setzten Hilfs- und Präventionsprogramme gegen Suchtmittelmißbrauch hier an. Seit Mitte der 60er Jahre werden, erst in den USA und dann in anderen Industrieländern, solche Programme mit großem Erfolg für die Suchtkranken durchgeführt. In Deutschland gibt es heute fast keinen industriellen Großbetrieb mehr ohne Suchtpräventionsprogramm. Banken, Behörden und Universitäten folgen seit Ende der 80er Jahre.

An der Universität beschäftigt sich seit 3 Monaten ein Arbeitskreis (*Namen der Mitglieder des Arbeitskreises*) mit dem Thema Suchtmittelmißbrauch. In Zusammenarbeit mit dem ... (*Name des Instituts*) ist ein Suchtpräventionsprogramm in Vorbereitung.

Der Handlungsbedarf für Sie als Vorgesetzte ergibt sich – außer aus dem Interesse für die eigene Gesundheit – aus der Fürsorgepflicht gegenüber Ihren MitarbeiterInnen.

**Ohne Ihre Unterstützung kann kein noch so gut geplantes
Programm erfolgreich sein.**

Wir bitten Sie daher um Ihre Mithilfe bei dem Aufbau und der Durchführung eines Suchtpräventionsprogrammes für kranke und gefährdete KollegInnen und MitarbeiterInnen.

Konstruktiver Leidensdruck ist die wirkungsvollste Hilfe.

Helfen kann nur, wer sich nicht co-abhängig verhält und weiß, wie konstruktiver Leidensdruck aufgebaut werden kann.

Lassen Sie sich informieren.

Nehmen Sie an einem Seminar für Vorgesetzte und Personalräte teil.

- Information über Krankheit und Krankheitsverlauf.
- Co-abhängiges Verhalten und die eigene Rolle im „Alkoholikerspiel“.
- Erkennen von Arbeits- und Leistungsstörungen, die im Zusammenhang mit Suchtmittelmißbrauch stehen.
- Aufbau des konstruktiven Leidensdrucks.

Für die Organisation und Durchführung ist hauptverantwortlich Herr Henno Wiesner, der das Projekt in Form einer Dissertation auch wissenschaftlich begleiten wird. Herr Wiesner ist Sozialpädagoge und hat langjährige Erfahrung in der stationären Drogentherapie und als Suchtberater von Industrieunternehmen.

Wir beraten schon jetzt.

Fragen und Anregungen richten Sie bitte an:

(Namen und Telefonnummern der Arbeitskreismitglieder)

3.2.1 Seminar für Mitarbeiter mit Personalführungsaufgaben¹

Vorgesetzte von suchtkranken Mitarbeitern müssen wissen: Was macht der Mitarbeiter mit mir, was mache ich mit ihm? Die konstruktive Rolle des Vorgesetzten gegenüber einem Mitarbeiter mit Suchtproblemen ähnelt der, die auch bei anderen Fällen von Arbeits- und Leistungsstörungen zielführend ist:

- Wahrnehmung der Problematik,
- Dokumentation von Fakten,
- Intervention mit dem Ziel einer Verhaltensveränderung des Mitarbeiters / der Mitarbeiterin,
- Kontrolle der Vereinbarungen und Auflagen (vgl. DIETZE 1992, S. 107).

¹ Den Begriff 'Mitarbeiter mit Personalführungsaufgaben' habe ich gewählt, nachdem mich der Präsident der Universität darauf aufmerksam gemacht hat, daß der Begriff 'Vorgesetzte' für den akademischen Bereich untauglich sei. Als Mitarbeiter mit Personalführungsaufgaben sind in diesem Sinne Dekane, Institutsleiter, Leiter der zentralen Einrichtungen, für Teile der Fachbereiche die jeweiligen Fachsprecher, Dezernenten und Professoren für ihre jeweiligen Lehreinheiten.

Bei Mitarbeitern mit Suchtproblemen, die die Vereinbarungen und Auflagen nicht einhalten, sind zusätzlich folgende Schritte geboten:

- Überweisung an Fachleute,
- Reintegration nach erfolgreicher Behandlung.

Voraussetzung für ein konstruktives Handeln im oben beschriebenen Sinne ist, daß die Wahrnehmung der Problematik auch möglich und das Handeln des Vorgesetzten von der Institution (der Universität) gewünscht ist. Der Vorgesetzte sollte sich in erster Linie mit der Aufgabenerfüllung des Mitarbeiters und dessen Verhalten während der Arbeitszeit befassen. Moralische Vorhaltungen wegen des Alkoholmißbrauchs sind zu vermeiden. Der Vorgesetzte muß die Sach- und die Beziehungsebene voneinander trennen können. Seine Aufgabe ist es nicht, Sozialberater, Therapeut, Diagnostiker oder Experte für Suchtprobleme zu sein! Der Suchtkranke wird ihm alle diese Rollen anbieten, der Vorgesetzte muß lernen, sie nicht anzunehmen. In der Praxis ist das nicht ganz so einfach, weil sich die Abhängigkeit schleichend, meist über mehrere Jahre entwickelt und Vorgesetzte und Mitarbeiter häufig eine gemeinsame Geschichte verbindet. Nicht selten hat man zusammen auch schon mal 'einen getrunken'.

3.2.1.1 Wer sollte teilnehmen – wer hat teilgenommen?

Die Seminare sind wesentlicher und – wie schon aufgezeigt – notwendiger Bestandteil eines Suchtpräventionsprogrammes und stehen vor der Verabschiedung eines Handlungskonzeptes oder einer Dienstvereinbarung. Unter Berücksichtigung der besonderen Organisationsstruktur der Universität war also die Frage zu klären, wer Vorgesetzter ist und wer darum zum Seminar eingeladen werden soll. Für die Verwaltung ließ sich das Problem durch ein Gespräch mit dem Kanzler schnell klären. Die Einladungen an Mitarbeiter mit Personalführungsaufgaben aus dem Bereich der Verwaltung erfolgten in Abstimmung mit dem Personaldezernenten. Für den Wissenschaftsbereich der Universität haben wir (der Arbeitskreis) die Dekane, die Institutsleiter und die Leiter der zentralen Einrichtungen eingeladen. Von ihnen meinten wir, daß sie im Sinne der universitären Selbstverwaltung Personalführungsaufgaben haben. Wenn sie auch nicht in jedem Fall rechtlich zum Handeln verpflichtet sind, so sahen wir zumindest bei diesem Thema eine moralische Verantwortung. Außerdem waren der Personalrat und das Frauenbüro eingeladen. Insgesamt wurden 54 Personen angeschrieben und telefonisch teilweise mehrfach akquiriert. Teilgenommen haben insgesamt 20 Personen. Darunter ein Professor und ein Hochschuldozent, jedoch kein Dekan und kein Institutsleiter.

Im einzelnen haben teilgenommen:

Der Kanzler
Eine Abteilungsleiterin der Bibliothek
2 Dezernenten
Der Leiter einer zentralen Einrichtung
5 Vorgesetzte aus der zentr. Verwaltung
3 Personalräte
Der Obmann der Schwerbehinderten
2 Mitarbeiterinnen des Frauenbüros
1 Hochschuldozent
1 Professor
Die Leiterin eines Prüfungsamtes
Die Leiterinnen der Praktikumsstellen

3.2.1.2 Seminarinhalt

Mein Konzept war es, in diesem zweitägigen Seminar über Suchtkrankheit und insbesondere den Alkoholismus zu informieren, die eigene Haltung zum Umgang mit Süchten und Süchtigen zu reflektieren und Hilfemaßnahmen vorzustellen, die auf den Arbeitsplatz bezogen als besonders wirkungsvoll gelten. Seminarziel war, die Teilnehmer im Umgang mit suchtkranken Mitarbeitern handlungsfähig zu machen. Dazu gehört:

Das **Wissen**:

- Moral und Vorurteile helfen nicht,
- Alkoholabhängigkeit ist eine Krankheit,
- welchen Stellenwert das eigene Verhalten im „Alkoholikerspiel“ hat,
- wie sich ein Handlungskonzept aufbauen könnte.

Die **Überzeugung**:

- Daß konstruktiver Leidensdruck die wirkungsvollste Hilfe ist,
- klare Regelungen zum Umgang mit Alkohol am Arbeitsplatz hilfreich sind,
- Alkoholiker keine Asozialen sind.

Das **Können**:

- Wahrnehmen von Arbeits- und Leistungsstörungen, die im Zusammenhang mit Suchtmittelmißbrauch stehen,
- den betroffenen Mitarbeiter rechtzeitig angemessen anzusprechen.

Daraus ergaben sich folgende Seminarinhalte:

Darst. 20: Seminarinhalte

1.	Daten und Fakten
2.	Funktion und Bedeutung des Alkohols in unserer Gesellschaft
2.1	Alkoholkonsum am Arbeitsplatz Pilot–Universität
2.1.1	Welche Trinkanlässe gibt es?
2.2	Unfallrisiken und gesundheitliche Folgen des Mißbrauchs
3.	Suchtentwicklung
3.1	Bedingungsgefüge des Alkoholismus
3.2	Soziale Abhängigkeitsentwicklung
3.3	Hirnorganische Abhängigkeitsentwicklung
4.	Alkoholismus, eine Krankheit
4.1	Krankheitsmerkmale
4.2	Krankheitsverlauf nach JELLINEK
4.3	Krankheitsmerkmale nach ICD 10
4.4	Das „Alkoholikerspiel“ (Co–Abhängigkeit / TA–Modell)
4.5	Abwehrverhalten
5.	Hilfemaßnahmen am Arbeitsplatz
5.1	Konstruktiver Leidensdruck
5.2	Interventionstrichter
5.3	Handlungskonzept
6.	Perspektive für die Universität
7.	Seminauswertung

3.2.1.3 Seminarbewertung

Die Seminarbewertung dient der Qualitätssicherung. Durch vorgegebene Fragen war beabsichtigt, ein Feedback über die Seminardidaktik, die Seminarleitung und den Theorie–Praxis–Transfer zu erhalten.¹

Für die erste Befragung wurden die Teilnehmer am Ende des Seminars gebeten, anhand von insgesamt 7 Fragen im ersten und insgesamt 9 Fragen im zweiten und dritten Seminar Bewertungen hinsichtlich der Methodik, der Beteiligungsmöglichkeiten, der Inhalte und der individuellen Erwartungen vorzunehmen. Es handelt sich um eine öffentliche Bewertung², die an der Metaplanwand vorgenommen wurde. Jeder Teilnehmer

¹ Für die vorliegende Arbeit ist eine ausführliche Auswertung der ersten Befragung nicht von Bedeutung. Deshalb werden hier die Ergebnisse weitgehend unkommentiert wiedergegeben. Da mit der zweiten Befragung der Bedarf für weitere Unterstützungsmaßnahmen ermittelt werden sollte, werden die Ergebnisse erläutert.

² Bei der Interpretation der in einem nicht anonymen Verfahren erhobenen Daten sollte berücksichtigt werden, daß Tendenzen zur Bewertung in die eine oder andere Richtung dadurch entstehen können, daß sich die Befragten an Kriterien des sozial Er-

hatte im ersten Seminar 7 Klebepunkte und in den beiden folgenden Seminaren 9 Klebepunkte. Einzelne Teilnehmer haben Mehrfachnennungen bei einigen Fragen vorgenommen.

Darst. 21: Seminarbewertung

1. Die Probleme und Inhalte, die im Seminar behandelt wurden, waren für mich					
wichtig	11	6	4	1	unwichtig
2. Die verwendeten Medien und Methoden empfand ich als					
lernfördernd	11	7	6		lernhemmend
3. Die Arbeit in den Kleingruppen empfand ich als					
effektiv	11	12	4		ineffektiv
4. Die Arbeit im Plenum empfand ich als					
konstruktiv	7	14	5		destruktiv
5. Die Seminaratmosphäre empfand ich als					
angenehm	15	7	3	1	unangenehm
6. Die Probleme wurden					
offen angesprochen	9	10	3	2	1 nicht angesprochen
7. Die Führung der Seminarleitung empfand ich als (nur im 1. Seminar gestellt)					
dirigistisch			9	3	laisser faire
8. Meine Fragen zum Thema wurden (nur im 2. und 3. Seminar gestellt)					
beantwortet	6	5	1		nicht beantwortet
9. Meine Erwartungen wurden (nur im 2. und 3. Seminar gestellt)					
voll erfüllt	7	5	1		nicht erfüllt
10. Die Seminarleitung empfand ich als (nur im 2. und 3. Seminar gestellt)					
angemessen	12	3	1		nicht angemessen

Im Gegensatz zum zweiten und dritten Seminar war die Gruppenstimmung in dem ersten Seminar sehr angespannt. Meines Erachtens gab es dafür zwei Gründe:

- Erstens war es das erste Mal, daß Mitarbeiter der Verwaltung und Mitarbeiter des Wissenschaftsbereichs zusammen an einer Fortbildung teilnahmen. Unterschwellige Konflikte, Kommunikationsstörungen und Vorurteile prägten das Klima. Um nicht vom Thema abzukommen, konnten sie jedoch nicht aktualisiert und diskutiert werden.

wünschten und / oder an Meinungen dominanter Personen aus ihrer Gruppe orientieren.

- Zweitens dominierte eine Person die Stimmung. Sie machte Druck durch Zeitvorgaben und verweigerte jede Teilnahme an Fragen und Übungen, die ihrer Meinung nach keinen zweckrationalen Sinn hatten.

3.2.1.4 Praxistransfer

Durch einen standardisierten Fragebogen mit 6 Fragen sollten der Praxistransfer des Seminars und weitere eventuell notwendige Maßnahmen an der Universität ermittelt werden. Dieser Fragebogen wurde zum Abschluß der Veranstaltung verteilt. Von insgesamt 20 Teilnehmern aller 3 Seminare haben 19 den Fragebogen beantwortet. Die Befragung wurde anonym durchgeführt. Die Auswertung dieser Befragung füge ich im folgenden an.

Darst. 22: Fragebogen zum Praxistransfer

Fragebogen	
Zum Seminar Suchtprävention am Arbeitsplatz Hochschule	
1. Haben Sie nach diesem Seminar den Eindruck, daß Sie Suchtprobleme zukünftig früher erkennen werden?	<p style="text-align: center;"> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein </p>
2. Glauben Sie, betroffene MitarbeiterInnen in Zukunft offener auf das Problem ansprechen zu können?	<p style="text-align: center;"> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein </p>
3. Meinen Sie, daß Sie bei der Lösung eines Suchtproblem es auch in Zukunft Unterstützung benötigen?	<p style="text-align: center;"> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein </p>
4. Worin bestünde diese Unterstützung?	<p>a) Interventionsberatung (Supervision)</p> <p>b) Einheitliches Handlungskonzept (Gesamtkonzept)</p> <p>c) gleicher Informationsstand aller Universitätsmitglieder mit Personalführungsaufgaben und Personalratsmitglieder.</p> <p>d) SuchtkrankenhelferIn</p> <p>e) Sonstiges:</p>
5. Wie werden Sie in Zukunft mit Suchtproblemen in Ihrer Umgebung umgehen?	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
6. Was wäre Ihrer Meinung nach hilfreich, um bestehende Widerstände gegen das Thema Suchtprävention an der Pilot-Universität abzubauen?	

Frage 1:

Haben Sie nach diesem Seminar den Eindruck, daß Sie Suchtprobleme zukünftig früher erkennen werden?

	nominal	prozentual
ja	17	89,5 %
nein	2	10,5 %
	19	100 %

Eine wichtige Voraussetzung dafür, rechtzeitig handelnd eingreifen zu können, besteht in der Kompetenz, Suchtprobleme frühzeitig zu erkennen. Dazu in der Lage zu sein, meinten 17 Teilnehmer im Anschluß an das Seminar. Der Grund für eine der negativen Beantwortungen besteht darin, daß dieser Teilnehmer zwar meint, aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse des Seminars in der Lage zu sein, Suchtprobleme zukünftig früher erkennen zu können, die Anwendungsmöglichkeiten dieses Wissens jedoch durch die strukturellen Bedingungen der Arbeitsorganisation an der Pilot-Universität zu sehr beeinträchtigt sieht. Die andere negative Beantwortung erfolgte durch den einzigen teilnehmenden Professor, der meinte, durch das Seminar keine neuen Kompetenzen erworben zu haben, weil er schon vorher über diese verfügte.

Frage 2:

Glauben Sie, betroffene MitarbeiterInnen in Zukunft offener auf das Problem ansprechen zu können?

	nominal	prozentual
ja	15	79%
nein	4	21%
	19	100%

Ziel des Seminars war die Handlungsfähigkeit der Teilnehmer. Sie sollten ermutigt und befähigt werden, ein vermutetes Suchtproblem bei Mitarbeitern anzusprechen und damit den Teufelskreis aus Verleugnung und Verharmlosung zu durchbrechen. 15 Teilnehmer fühlten sich unmittelbar nach dem Seminar dazu in der Lage. 1 Teilnehmer wies darauf hin, daß es notwendig sei, Techniken und Methoden der Gesprächsführung zu lernen. 2 Teilnehmer fanden die Formulierung „offener“ zu ungenau und haben Fragezeichen gemacht. Eine Nein-Aussage kam wieder von dem Professor.

Frage 3:

Meinen Sie, daß Sie bei der Lösung eines Suchtproblems auch in Zukunft Unterstützung benötigen?

	nominal	prozentual
ja	19	100 %
nein		

Alle Teilnehmer waren der Meinung, daß sie auch in Zukunft zur Lösung eines konkreten Problemfalls Unterstützung benötigten. Die Beantwortung dieser Frage betrachte ich als einen Erfolg des Seminars, denn sie läßt darauf schließen, daß alle Teilnehmer die Vielschichtigkeit der Suchtproblematik erkannt haben und ihre Handlungsmöglichkeiten und –kompetenzen daraufhin realistisch einschätzten.

Frage 4:

Worin bestünde diese Unterstützung?

Interventionsberatung (Supervision)	13
Einheitliches Handlungskonzept (Gesamtkonzept)	16
Gleicher Informationsstand aller Universitätsmitglieder mit Personalführungsaufgaben und Personalratsmitglieder	13
SuchtkrankenhelferIn	11
Sonstiges	4

Es wurden unterschiedliche Unterstützungsangebote abgefragt, die im Arbeitskreis diskutiert und auf die im Seminar auch hingewiesen wurde. Mit 16 Nennungen wurde ein einheitliches Handlungskonzept als wichtigste Unterstützungsmaßnahme angesehen. Dem folgt mit jeweils gleicher Wertigkeit eine Interventionsberatung und die Notwendigkeit, daß ein gleicher Informationsstand aller Universitätsmitglieder mit Personalführungsaufgaben und der Personalratsmitglieder anzustreben sei. In Diskussionen wurde deutlich, daß hinter der hohen Bewertung eines gleichen Informationsstandes der verantwortlichen Personenkreise der Wunsch und die Forderung stand, weitere Schulungen diesbezüglich anzubieten und durchzuführen. Eine Unterstützung durch Suchtkrankenhelfer hielten 11 Teilnehmer für erforderlich. Unter dem Punkt Sonstiges wurde von einem Teilnehmer auf die Unterstützung durch die eigenen Vorgesetzten hingewiesen. Zwei Teilnehmer regten weitere Schulungen und Fortbildungen an und ein Teilnehmer äußerte den Wunsch nach Information über außeruniversitäre Suchtberatungsmöglichkeiten.

Frage 5:

Wie werden Sie in Zukunft mit Suchtproblemen in Ihrer Umgebung umgehen?

Frage 5 ist eine offene Frage. Sie ist eine Kontrollfrage, mit der überprüft werden sollte, ob und welche für die Handlungsfähigkeit wichtigen Inhalte die Teilnehmer verstanden haben. Folgende Aussagen wurden von den Teilnehmern gemacht:

- In enger Zusammenarbeit mit einem Fachmann entsprechend dem vorgeschlagenen Verfahrensweg und den Vorschlägen des o.g. Fachmannes handeln.
- Nach Rücksprache mit dem Fachmann angemessene Ansprache des Betroffenen. Die Vermutung mit Fakten untermauern.
- Den Mitarbeiter ansprechen und beraten (versuchen).
- Konzept mit den Kollegen der jeweiligen Abteilung erarbeiten – Klärung der Zuständigkeit – direkte Ansprache.
- Mit dem Konfrontationsgespräch nicht mehr so lange warten. Generell bei der Planung von Geselligkeiten Alkoholkonsum bewußt in Frage stellen.
- Ich werde mich bemühen, offener zu sein, meine im Seminar erworbenen Kenntnisse nutzen und (in meinen Möglichkeiten) bemüht sein, Aufklärung und Bewußtseins-schärfung zu schaffen.
- Offen Ansprechen, versuchen zu helfen.
- Mehr mit Mitarbeitern sprechen.
- Positive Einstellung, nicht zum Opfer werden.
- Stufenplan nutzen.
- Genauso wie jetzt – offen ansprechen.
- Aufmerksam beobachten, ansprechen, Verweigerungen einkalkulieren, Aussagen kritischer beurteilen und auf eigene Beobachtung verlassen.
- In Anlehnung an das vorgestellte Handlungskonzept.
- Bewußter.
- Alle Aspekte berücksichtigen. Vorgehen nach vorgestelltem Handlungskonzept.
- Meine eigene Sensibilität stärker nutzen, um ggf. dem Betroffenen klare Handlungs-anweisungen geben zu können, damit es eventuell zu einer Problemlösung in der 1. Stufe kommen kann.
- Wahrscheinlich kein verändertes Verhalten.

Ein großer Teil der Teilnehmer wird in Zukunft offener, bewußter und intensiver mit den Betroffenen umgehen. Das Handlungskonzept mit dem

Stufenplan und die Unterstützung durch einen Fachmann wird angenommen.

Frage 6:

Was wäre Ihrer Meinung nach hilfreich, um bestehende Widerstände gegen das Thema Suchtprävention an der Universität abzubauen?

Auch diese Frage ist eine offene Frage. Es sollte die subjektive und die objektive Kompetenz der Teilnehmer genutzt werden, um Anregungen und Hinweise zur Überwindung des Widerstandes zu erhalten. Wenn die Teilnehmer selbst Widerstände gegen das Thema hatten, konnten sie ihre eigene Erfahrung mitteilen. Folgende Hinweise wurden gegeben:

- Beispiele „aus dem Leben“ heranziehen. Einzelfälle darstellen, um ein Verständnis für die Probleme von Suchtkranken herzustellen.
- Weitere allgemeine Aufklärung.
- Verpflichtung zur Seminarteilnahme.
- Haben wir Widerstände?
- Weiterbildung mit Interessenten. Da anfangen, wo es möglich ist.
- Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung vor Drogenprävention im Wissenschaftsbereich.
- Durch Information. Gemeinsame Gespräche zwischen den unterschiedlichen Interessengruppen (z.B. Seminare); Klimaveränderung! Weniger Konkurrenz.
- Weiterbildung über Personalführung.
- Supervisionsmöglichkeiten.
- Aufklärung auf breiter Ebene. Darstellung des Themas auf sachlicher Ebene.
- Mehr Öffentlichkeitsarbeit. Aufklärung für alle.
- Mehr Beratungen.
- Unterstützung durch die Universitätsleitung.
- Weitere Seminare für Vorgesetzte.
- Bessere Information der Mitarbeiter der Universität. Interne Fortbildungen zum Thema.
- Wiederholtes Anbieten von Seminaren, da die Teilnehmer ihren positiven Eindruck weitergeben.
- Ein Netz von Ansprechpartnern in den einzelnen Abteilungen aufbauen, die z.B. Informationen gezielt weitergeben.
- Dienstvereinbarung mit dem Personalrat.
- Mehr Informationen für alle Bereiche.
- Alle Vorgesetzten sollten dieses Seminar mitmachen. Es wäre wünschenswert, wenn auch der Präsident ein solches Seminar mitmachen würde.
- Eine Veranstaltung für alle Mitarbeiter zu diesem Thema. Sinnvoll wäre eine Personalversammlung.

Aus den Ergebnissen dieser Befragung ließen sich einige Konsequenzen für die weiteren Maßnahmen ableiten. Eindeutig war der Wunsch, zukünftig auf der Grundlage eines einheitlichen Konzeptes zu handeln. Der Arbeitskreis wurde darin bestärkt, dem Senat ein Handlungskonzept vorzulegen, das in eine Dienstvereinbarung münden könnte. Die Einsicht, wie schnell man sich co-abhängig verhalten kann, ohne es zu merken, drückte sich insbesondere durch den Hinweis auf die Notwendigkeit einer professionellen Unterstützung der Vorgesetzten durch eine Interventionsberatung aus. Diese gehört mittlerweile zum Angebot der Suchtberatungsstellen, deren Adressaten nicht der jeweils Abhängige, sondern die Personen aus dessen sozialen Umfeld sind. Für die Pilot-Universität empfiehlt sich m.E. eine Kooperationsvereinbarung mit der örtlichen Beratungsstelle. Die schon begonnenen Schulungen sollten fortgesetzt werden, bis alle Personen mit Personalführungsaufgaben daran teilgenommen haben. Die Zielgruppe der Professoren muß verstärkt angesprochen werden. Da die Einrichtung einer eigenen Suchtberatungsstelle für die Pilot-Universität aufgrund der Größe nicht zu erwägen ist, haben die ehrenamtlichen Suchtkrankenhelfer eine besondere Bedeutung. Damit diese ihrer Aufgabe und Verantwortung gerecht werden können, müssen sie über eine solide Ausbildung verfügen. Hierfür sollten Etatmittel zur Verfügung gestellt werden. Die Hinweise zur Überwindung des Widerstandes dienten dem Arbeitskreis als Planungsgrundlage für weitere Maßnahmen.¹

Das dem Senat übergebene Handlungskonzept enthielt die durch die Frage 5 formulierten Unterstützungsmaßnahmen. Bisher wurde keine davon realisiert. Lediglich meine Fachkompetenz wurde von Betroffenen, Personalräten und Vorgesetzten zur Beratung genutzt. Ein offizielles Mandat hatte ich nicht. Von den Hinweisen zur Überwindung des Widerstandes wurden einige aufgegriffen. So sollte eine Plakataktion auf Alkoholprobleme aufmerksam machen. Sie scheiterte jedoch an der fehlenden Zustimmung des Kanzlers. Ein Kurzvortrag zur Information der Mitarbeiter auf einer Personalversammlung wurde gehalten.

3.2.2 Teilnahme von Professoren

Die meisten Professoren an der Universität haben Mitarbeiter. Die von den Mitarbeitern für den Professor erbrachten Dienstleistungen sollen diesem

¹ Im Sinne der Organisationsentwicklung, die Beteiligten zu Betroffenen zu machen, werden die Anregungen dieser Befragung im Teil IV dieser Arbeit wieder aufgegriffen:

- Der Konzeptentwurf folgt dem Ansatz der Organisationsentwicklung.
- Der Öffentlichkeitsarbeit wird mehr Bedeutung beigemessen werden.
- Beratung und Supervision haben einen hohen Stellenwert.
- Es soll gezielter kooperiert werden.
- Das „Wie“ der Kommunikation wird aufgewertet.

ermöglichen, sich intensiver der Forschung und Lehre zu widmen. Für diese Mitarbeiter üben die Professoren die Fachaufsicht aus. Faktisch gesehen sind sie Vorgesetzte, auch wenn sie nicht die Dienstaufsicht haben. Daraus ergibt sich folgendes Dilemma: Nehmen die Professoren die Vorgesetztenrolle wahr, geht das zumindest zeitlich zu Lasten der Forschung und Lehre; verweigern sie die Rolle, ist das Arbeitsverhältnis belastet. Es kommt zu Störungen und Reibungen im Arbeitsablauf und in der Atmosphäre.

Bei der zergliederten Struktur der Universität sind die Professoren in vielen Fällen die einzigen, die im Sinne eines Handlungskonzeptes handeln könnten, zumal sie im Verständnis ihrer Mitarbeiter auch deren Vorgesetzte sind. Aus diesen Gründen habe ich mich besonders intensiv um die Teilnahme von Professoren am Seminar bemüht. In einem ersten Schritt sollte durch die Teilnahme des Präsidenten und der Dekane für die Professoren ein positives Signal gesetzt werden, um dann im zweiten Schritt durch eine Empfehlung des Senates und der Fachbereiche viele Professoren zur Teilnahme zu motivieren. Aus der Professorengruppe haben bisher, wie schon erwähnt, der Vorsitzende des Arbeitskreises und ein Hochschuldozent teilgenommen. Weitere Anstrengungen blieben ohne Erfolg.

3.2.3 Ausbildung von Suchtkrankenhelfern

Neben der Vorgesetztenschulung ist die zweite wichtige Maßnahme die Ausbildung von Suchtkrankenhelfern, die die betroffenen Kollegen beraten und unterstützen sollen. Im Arbeitskreis wurde beschlossen, für jeden Teilbereich der Universität einen Helfer oder eine Helferin auszubilden. Demnach wären vier Suchtkrankenhelfer erforderlich. Damit die Helfer den Anforderungen gewachsen sind und fachgerecht helfen können, ist eine Ausbildung Voraussetzung für diese Tätigkeit. Die Mitglieder des AK hielten es weiterhin für erforderlich, daß diese Ausbildung auf die betriebliche Suchtkrankenhilfe ausgerichtet ist.

Im Haushalt 1994 waren 1000,— DM für die Ausbildung von zwei ehrenamtlichen Suchtkrankenhelfern vorgesehen. In den Jahren 1994 u. 1995 wurde jedoch in Niedersachsen von keiner Organisation eine Ausbildung für betriebliche Suchtkrankenhelfer angeboten. Überregionale Anbieter, wie das Berliner 'Dialog Team' haben zwar ein sehr gutes und umfangreiches Ausbildungskonzept, das aber mit Kosten von ca. 5000,— DM pro Person nicht bezahlbar war. So sind bisher keine Suchtkrankenhelfer ausgebildet worden.

3.3 Handlungskonzept für die Suchtprävention an der Universität

Das nachfolgende Handlungskonzept ist ein Ergebnis des Pilotprojektes. Die bis zum Mai 1995 gesammelten Erkenntnisse und Erfahrungen wurden bei der Formulierung berücksichtigt. Verschiedene von mir vorformulierte Entwürfe wurden im Arbeitskreis diskutiert, bevor es im Mai 1997 zur Verabschiedung einer endgültigen Fassung kam. Der wesentliche Unterschied zu allen anderen Handlungskonzepten besteht in einem gesonderten Stufenplan für Professoren und Hochschuldozenten. Die wissenschaftlichen Mitarbeiter und wissenschaftlichen Hilfskräfte mit befristeten Arbeitsverträgen konnten nicht gesondert berücksichtigt werden, weil in diesem Fall Widerstand von Seiten der Universitätsleitung gegen das Konzept angekündigt wurde. Das Handlungskonzept wurde im Hinblick darauf formuliert, vom Senat als handlungsleitendes und bindendes Konzept für den Umgang mit Alkoholproblemen am Arbeitsplatz Universität verabschiedet zu werden.

Die Schwierigkeit, an wen das Konzept zu übergeben sei, machte noch einmal die Grundproblematik der Pilot-Universität deutlich: Der Arbeitskreis hatte vorgesehen, dieses Konzept über den Präsidenten dem Senat (gemäß des erteilten Auftrages) zu übergeben und vorzustellen. Gegen dieses Vorgehen erhob der Kanzler seinerseits Einwände. Er begründete diese Einwände damit, daß es bei diesem Konzept um Personalangelegenheiten gehe, die formal gar nicht in den Zuständigkeitsbereich des Senates fallen.

Das Handlungskonzept wird hier in der dem Senat und dem Kanzler vorgelegten Form wiedergegeben. Es wurde sowohl die weibliche als auch die männliche Form gewählt.

3.3.1 Ziel des Handlungskonzeptes

- Verständnis für die besondere Problematik von Alkohol- und anderen Suchterkrankungen am Arbeitsplatz zu entwickeln.
- Durch Alkohol oder andere Suchtmittel gefährdete Mitarbeiter frühzeitig angemessen zu helfen.
- Alle Betroffenen mit den erforderlichen Maßnahmen zu erfassen.
- Die Arbeitssicherheit zu erhöhen.
- Die Gesundheit der Beschäftigten zu fördern und damit den alkohol- oder anderweitig suchtbedingten Krankenstand sowie dadurch hervorgerufene Fehlzeiten zu senken.
- Die Arbeitsplätze der Betroffenen zu erhalten.

3.3.2 Arbeitskreis Gesundheitsförderung

Der Arbeitskreis Gesundheitsförderung entwickelte gemäß des Senatsbeschlusses vom ein „Konzept zur Suchtprävention an der Pilot-Universität“. Er koordiniert und vernetzt die verschiedenen Aktivitäten zur Suchtprävention und darüber hinausgehend zur Gesundheitsförderung an der Universität. Er berät über langfristige konzeptionelle und inhaltliche Gestaltung der betrieblichen Suchtprävention und Gesundheitsförderung.

- Personalverwaltung
- Personalrat
- Schwerbehindertenvertreter
- Frauenbeauftragte
- fachkompetenter Professor
- externe Sucht- und Interventionsberater

Weitere Personen und Funktionsträger können zu bestimmten Themenbereichen hinzugezogen werden. Der Arbeitskreis tagt mindestens 4 mal jährlich.

3.3.3 Umsetzung des Handlungskonzeptes

Mit diesem Handlungskonzept ist die Erwartung verbunden, daß alle Bediensteten die Aufklärung annehmen und weitergeben, Mitarbeiter nicht zum Suchtmittelkonsum animieren und die Probleme des Suchtmittelmißbrauchs nicht bagatellisieren. Von den Betroffenen wird gefordert, die Hilfsangebote anzunehmen. Die Organe der Universität haben dafür zu sorgen, daß das Handlungskonzept bedarfsorientiert erweitert und ausformuliert wird. Von allen Personen mit Personalführungsaufgaben wird erwartet, daß sie sich – soweit nicht vorhanden – die Kompetenz aneignen, im Rahmen des Konzeptes zu handeln.

3.3.4 Information und Aufklärung

Alle Bediensteten werden langfristig und kontinuierlich über das Suchtproblem sowie über mögliche Vorbeugung und Hilfen informiert. In allen Bereichen der Universität soll dafür gesorgt werden, daß das Handlungskonzept durch einen Vertreter des Arbeitskreises mündlich vorgestellt und erläutert wird.

3.3.5 Beseitigung von Ursachen, die zu Suchtverhalten Anlaß geben

Im Sinne der Primärprävention soll verhindert werden, daß der Arbeitsplatz Universität zu Fluchtreaktionen in abhängiges Verhalten Anlaß gibt. Es wird angeregt, sich mit den Ursachen offen auseinanderzusetzen. Schlechtes Betriebsklima, Überforderung und Unterforderung, gestörte

Kommunikationsstrukturen sind u. a. Faktoren, die ein Ausweichen in die Sucht fördern. Eine Beseitigung dieser als Ursachen erkannten Faktoren soll gemeinsam mit der jeweiligen Dienststelle überlegt und im Rahmen der Möglichkeiten geleistet werden.

3.3.6 Suchtkrankenhelfer

Für die Pilot-Universität ist eine hauptamtliche Suchtberatung z.Zt. nicht erforderlich. Um so mehr Bedeutung kommt den Suchtkrankenhelfer zu. Sie stehen suchtgefährdeten und suchtkranken Mitarbeitern als Ansprechpartner zur Verfügung, stellen Kontakte zur Suchtberatung her und sind behilflich bei der Durchführung geeigneter Maßnahmen zur Überwindung der Suchtproblematik. Die Suchtkrankenhelfer unterliegen in der Ausübung ihrer Tätigkeit gegenüber Dritten der Schweigepflicht. Die Ausübung dieser Tätigkeit ist ehrenamtlich und freiwillig. Die Suchtkrankenhelfer erhalten eine fundierte Ausbildung, deren Kosten die Universität trägt. Für die Ausbildungszeit werden sie vom Dienst freigestellt. Entsprechend der Beschäftigtenzahl und um die unterschiedlichen Statusgruppen an der Universität zu berücksichtigen, sind 3 Suchtkrankenhelfer erforderlich.

3.3.7 Schulungsmaßnahmen

Um die Ziele des Handlungskonzeptes umzusetzen und den darin enthaltenen Aufgaben (Wahrnehmung von Arbeits- und Leistungsstörungen, die im Zusammenhang mit Suchtmittelmißbrauch stehen, Kenntnisse über Gesprächsführung mit schwierigen Mitarbeitern etc.) nachkommen zu können, werden vom Arbeitskreis Fortbildungsveranstaltungen für Bedienstete mit Personalverantwortung organisiert und angeboten. Die verbindliche Teilnahme an dem Basisseminar zur Suchtprävention wird vom Arbeitskreis dringend empfohlen.

3.3.8 Stufenplan zur Einleitung von Hilfemaßnahmen

Ziel des Stufenplans ist es, Betroffene in einem abgestuften Konzept zu motivieren, Hilfsangebote anzunehmen und ihren Suchtmittelkonsum zu beenden. Die Abfolge der Stufen innerhalb des Stufenplans kann dann unterbrochen werden, wenn die Betroffenen erkennbar und belegbar ihr Verhalten ändern und an ihrer Genesung mitarbeiten.

Bei der Anwendung des Stufenplans kommt den Vorgesetzten eine zentrale Bedeutung zu. Sie können dazu beitragen, daß suchtmittelgefährdeten und –abhängigen Beschäftigten frühzeitig die erforderliche Hilfe zuteil wird. Bei der Suchterkrankung ist es entgegen früheren Annahmen nicht anders als bei anderen Erkrankungen: Je früher behandelt wird, desto größer die Erfolgsaussicht. Die Vorgesetzten sind auch dafür verantwortlich, daß bei Verstößen gegen dienstrechtliche oder arbeitsvertragliche

Verpflichtungen die notwendigen Verfahrensschritte eingeleitet und Gespräche geführt werden. Um diesen Aufgaben nachkommen zu können, ist zumindest für den Wissenschaftsbereich der Universität zu klären, wer für wen dienstrechtlich verantwortlich ist. Welche Vorgesetzten dann die Aufgaben des Stufenplans wahrzunehmen haben, muß von den jeweiligen Organisationseinheiten konkret festgelegt werden. Als Arbeitskreis können wir nur auf die Notwendigkeit hinweisen und entsprechende Anregungen geben. Die Umsetzung liegt bei den Fachbereichen und Instituten.

Die Anwendung und Abfolge des Stufenplans hat sich in erster Linie am konkreten Einzelfall auszurichten. Es sind dabei sowohl dienstliche als auch soziale Belange sowie Besonderheiten aufgrund des Krankheitsbildes zu berücksichtigen. Im Zweifelsfall ist vor jeder Stufe mit einem Suchtberater Rücksprache zu halten.

3.3.8.1 Stufenplan für Mitarbeiter der Universität ...

Dieser Stufenplan gilt für alle Mitarbeiter der Universität ..., ausgenommen der Professoren und Hochschuldozenten. Unter Berücksichtigung der besonderen Organisationsstruktur der Universität erfolgt die konkrete Ausgestaltung des Stufenplanes durch die Verwaltung, die Fachbereiche und Institute. Angewendet wird er nach Maßgabe des Einzelfalles.

1. Stufe – Konfrontationsgespräch –

Besteht der Verdacht, daß sich bei einem Mitarbeiter wiederholt wegen des Konsums von Alkohol oder anderer Suchtmittel dienstliche Beeinträchtigungen ergeben, ist die der zuständige Vorgesetzte verpflichtet, mit dem Betroffenen ein vertrauliches Gespräch zu führen. Eine dienstliche Beeinträchtigung liegt vor, wenn der Mitarbeiter mehrfach oder regelmäßig infolge des Genusses von Suchtmitteln

- im Reaktionsvermögen nachläßt und / oder
- fehlerhaft arbeitet,
- teilweise oder völlig außerstande ist, Leistungen zu erbringen,
- dienstunfähig wird,
- den Arbeitsfrieden stört,
- durch sorgloses Verhalten Unfälle begünstigt oder verursacht,
- häufig Einzelfehlzeiten besonders nach Wochenenden und Feiertagen hat.

In dem Gespräch werden die Auffälligkeiten am Arbeitsplatz sachlich aufgezeigt. Der vermutete Zusammenhang mit dem Suchtmittelmißbrauch wird deutlich gemacht. Der Vorgesetzte informiert den Mitarbeiter über mögliche Hilfsangebote (Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Suchtkran-

kenhelfer) und kündigt an, daß er / sie das Arbeitsverhalten des / der Betroffenen in Zukunft stärker beobachten wird.

Dieses erste vertrauliche Gespräch hat keine personalrechtlichen Konsequenzen. Dem Mitarbeiter wird jedoch das nächste Konfliktgespräch für den Fall angekündigt, daß es erneut zu suchtmittelbedingten Auffälligkeiten kommt.

Gab es innerhalb der nächsten 4 Wochen keine Beanstandungen, führt der Vorgesetzte ein Erfolgsgespräch mit dem Mitarbeiter. Wenn nicht, dann folgt die 2. Stufe. Das ist auch der Fall, wenn es nach anfänglichem Erfolg erneut Beanstandungen gibt.

Die 1. Stufe gibt es nie wieder!

2. Stufe – Konfrontationsgespräch mit Auflage –

Bei erneuten Beanstandungen oder wenn innerhalb eines Zeitraumes von ca. 8 Wochen nach dem ersten Gespräch im beanstandeten Verhalten des Betroffenen keine Änderung eingetreten ist, führt der Vorgesetzte ein weiteres Gespräch. Auf Wunsch des Mitarbeiters kann ein Mitglied des Personalrates (ggf. Vertreter der Schwerbehinderten) oder des Frauenbüros hinzugezogen werden. Der Vorgesetzte kann ein Mitglied des Arbeitskreises Gesundheitsförderung oder einen externen Suchtberater zur fachlichen Unterstützung hinzuziehen.

Die Auffälligkeiten am Arbeitsplatz werden erneut sachlich dargestellt. Der Zusammenhang zum Suchtmittelmißbrauch wird verdeutlicht. Ziel des Gesprächs ist es, Hilfsangebote zu konkretisieren und den Betroffenen die bei unverändertem Verhalten zukünftig zu erwartenden dienstrechtlichen Konsequenzen aufzuzeigen. Er wird darauf hingewiesen, daß bei fortschreitenden Auffälligkeiten der dienstrechtlich nächsthöhere Vorgesetzte bzw. die Personalabteilung eingeschaltet wird. Von dem Gespräch wird ein Protokoll gefertigt, das von allen Gesprächsteilnehmern zu unterschreiben ist.

Der Mitarbeiter wird aufgefordert, sich an die örtliche Suchtberatungsstelle zu wenden. Dies ist durch Vorlage einer schriftlichen Bescheinigung der Beratungsstelle nachzuweisen.

Wird die Hilfe angenommen und die Auflage erfüllt, gibt es nach ca. 4 Wochen ein Erfolgsgespräch. Wenn nicht, folgt die 3. Stufe. Das ist auch der Fall, wenn es nach längerer Zeit wieder Beanstandungen gibt.

Die 2. Stufe gibt es nie wieder!

3. Stufe – Konfrontationsgespräch mit Behandlungsaufgabe –

Gibt es erneut Beanstandungen oder tritt nach weiteren 8 Wochen keine Änderung im Verhalten ein, so kann davon ausgegangen werden, daß der Betroffene ernsthafte Suchtprobleme hat. Außer dem zuständigen Vorgesetzten und dem Betroffenen nehmen der nächsthöhere Vorgesetzte bzw. die Leitung der Personalabteilung, ein Mitglied des Personalrates, ggf. Schwerbehindertenvertreter oder Frauenbeauftragte und ein Mitglied des Arbeitskreises Gesundheitsförderung bzw. ein Suchtberater teil.

Mit dem Betroffenen ist eine Vereinbarung über umgehende Annahme (innerhalb von 1 Woche) von Hilfsangeboten zu schließen. Ihm können Auflagen gemacht werden für die Regelung zur Überprüfung der Einhaltung. Der Mitarbeiter wird darauf hingewiesen, daß bei Ablehnung der Hilfsangebote bzw. Nichtbefolgung dienst- bzw. arbeitsrechtliche Konsequenzen gezogen werden.

Über das Gespräch wird ein Vermerk gefertigt, der von allen Gesprächsteilnehmern unterschrieben wird. Der Vermerk wird Bestandteil der Personalakte. Die Betroffenen haben Gelegenheit zur schriftlichen Stellungnahme.

Der unmittelbare Vorgesetzte hat jeweils nach Ablauf von zwei Wochen zu prüfen, ob der Betroffene die Vereinbarung einhält. Er hat über weitere Auffälligkeiten bzw. Nichteinhaltung der Vereinbarung unverzüglich die Personalabteilung zu unterrichten.

Wird die Hilfe angenommen und die Vereinbarung erfüllt, gibt es nach erfolgreicher Behandlung ein Unterstützungsgespräch zur Reintegration. Wenn nicht, folgt nach ca. 8 Wochen die 4. Stufe.

Die 3. Stufe gibt es nie wieder!**4. Stufe** – Ermahnung, stationäre Behandlung –

Kommt es erneut zu suchtbedingten Auffälligkeiten, wird dem Betroffenen in Anwesenheit des Kanzlers (ggf. des Präsidenten) eine Ermahnung erteilt. Bei Beamten wird die Einleitung eines Disziplinarverfahrens angedroht. Diese Maßnahme wird erläutert. Das Gespräch findet sonst in gleicher personeller Zusammensetzung wie auf der 3. Stufe statt. Falls es im Einzelfall sinnvoll erscheint, können auch ausgesuchte Kollegen sowie Familienmitglieder hinzugezogen werden. Der betroffene Mitarbeiter wird aufgefordert, sich unverzüglich an eine Beratungsstelle zu wenden, damit eine stationäre Behandlung eingeleitet werden kann.

Wird die Hilfe angenommen, erfolgt nach erfolgreicher stationärer Behandlung ein Hilfsgespräch zur Reintegration. Wenn nicht, folgt nach 4 Wochen Stufe 5.

Die 4. Stufe gibt es nie wieder!

5. Stufe – Schriftliche Abmahnung –

Ändert der Betroffene innerhalb von vier Wochen sein Verhalten nicht und kommt er der Auflage nicht nach, erfolgt eine Abmahnung. Bei Beamten wird ein Disziplinarverfahren eingeleitet. Das Gespräch findet in gleicher personeller Zusammensetzung wie in Stufe 4 statt. Der Mitarbeiter wird noch einmal eindringlich aufgefordert, sich mit Hilfe der Beratungsstelle um einen Therapieplatz für eine Entwöhnungsbehandlung zu bemühen. Der Betroffene wird auf die zu ziehenden Konsequenzen hingewiesen, falls er die angebotene Hilfe nicht annimmt. Die Behandlung ist innerhalb von 12 Wochen anzutreten.

Nach erfolgreicher Behandlung kommt es zu einem Hilfesgespräch, in dem dem Betroffenen Unterstützung bei der Wiederaufnahme der Arbeit angeboten wird. Die Reintegration wird mit der vollen Rehabilitation abgeschlossen.

6. Stufe – Kündigung –

Lehnt der betroffene Mitarbeiter die angebotenen Hilfemaßnahmen ab oder bricht die Behandlung ab, erfolgt die Kündigung unter Beachtung der individualrechtlichen Bestimmungen und der Beteiligung des Personalrats.

Im Einzelfall kann auch eine Änderungskündigung sinnvoll sein oder das Angebot der Wiedereinstellung nach erfolgreich abgeschlossener Entwöhnungsbehandlung.

Rückfallregelung

Bei Rückfall nach erfolgreich abgeschlossener Therapie wird nach Rücksprache mit einem Mitarbeiter der Suchtberatungsstelle und einem Mitglied des Arbeitskreises Gesundheitsförderung im Einzelfall entschieden. Erfolgt die Rückfälligkeit innerhalb von sechs Monaten, setzt die Maßnahme an dem Punkt des Stufenplans wieder ein, an dem sie vor Therapiebeginn unterbrochen wurde.

3.3.8.2 Stufenplan für Professoren und Hochschuldozenten

Für die Professoren und Hochschuldozenten ist ein schrittweises Vorgehen zu empfehlen. Wer die Aufgaben innerhalb des schrittweisen Vorgehens übernimmt, unterliegt der Regelung durch die Fachbereiche und Institute. Auf persönliche und fachliche Akzeptanz durch die Betroffenen sollte geachtet werden. Die moralische Verpflichtung zum Handeln steht vor der rechtlichen.

Beratung

Besteht unter den Mitarbeitern und / oder Kollegen der Verdacht, daß ein Professor oder Hochschuldozent mißbräuchlich Alkohol oder andere

Suchtmittel konsumiert, sollten sie sich zur vertrauensvollen Beratung an den Arbeitskreis Gesundheitsförderung oder ein Mitglied des Arbeitskreises wenden. Es wird ein Berater für diesen Fall benannt, der zusammen mit den Mitarbeitern und Kollegen den geäußerten Verdacht überprüft und das weitere Vorgehen plant.

1. Schritt – Konfrontationsgespräch –

Das mit Hilfe des Beraters vorbereitete Gespräch wird von dem Dekan des jeweiligen Fachbereiches oder einem anderen besonders geeigneten Kollegen geführt.

Dem betroffenen Professor sollen die zusammengetragenen Fakten sachlich dargelegt und der vermutete Zusammenhang mit dem Suchtmittelmißbrauch deutlich gemacht werden. Auf mögliche Hilfsangebote (Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Kollegen aus dem Arbeitskreis) wird hingewiesen.

Das Gespräch wird vertraulich geführt. Dem betroffenen Kollegen wird allerdings mitgeteilt, daß es, wenn der Betroffene keine Hilfe annimmt und sein Verhalten den Verdacht von Suchtmittelmißbrauch weiterhin erhärtet, ein weiteres Gespräch geben wird, an dem der Kollege aus dem Arbeitskreis teilnimmt.

Gab es innerhalb der nächsten 8 Wochen keine Hinweise auf Mißbrauchsverhalten, führen beide ein Erfolgsgespräch. Wenn nicht, dann kommt der 2. Schritt. Das ist auch der Fall, wenn es nach anfänglichem Erfolg wieder Hinweise gibt.

Den 1. Schritt gibt es nie wieder!

2. Schritt – Konfrontationsgespräch mit fachlicher Beratung –

Bei erneuten Hinweisen oder wenn innerhalb eines Zeitraumes von ca. 10 Wochen nach dem ersten Gespräch keine Änderung im Verhalten des Betroffenen eingetreten ist, wird ein weiteres Gespräch geführt. An diesem Gespräch nehmen der Betroffene, der Kollege oder Dekan, die das erste Konfrontationsgespräch geführt haben, und der Kollege aus dem Arbeitskreis teil.

Ziel des Gespräches ist es, den Zusammenhang zwischen den zusammengetragenen Fakten und dem Suchtmittelmißbrauch zu verdeutlichen und die Hilfsangebote zu konkretisieren. Der Betroffene soll zur Selbstverpflichtung motiviert werden, die in einem kurzen schriftlichen Protokoll festgehalten und von allen Beteiligten unterschrieben wird. Das Gespräch und das Protokoll bleiben vertraulich.

Sollte der Betroffene das Hilfsangebot nicht annehmen und sein Verhalten nicht ändern, wird ein drittes Gespräch angekündigt, an dem auch andere

Kollegen und Mitarbeiter, die von dem Verhalten betroffen sind, mit teilnehmen werden.

Wird die Hilfe angenommen, die Selbstverpflichtung erfüllt und das Verhalten verändert, gibt es nach 8 Wochen ein Erfolgsgespräch. Wenn nicht, dann kommt der 3. Schritt. Das ist auch der Fall, wenn es nach längerer Zeit wieder zu Auffälligkeiten kommt.

Den 2. Schritt gibt es nie wieder!

3. Schritt – Konstruktiver Leidensdruck durch Öffentlichkeit –

Ergeben sich nach dem 2. Schritt innerhalb von 10 Wochen keine Änderungen im Verhalten, so kann davon ausgegangen werden, daß der betroffene Professor ernsthafte Suchtprobleme hat. Der Leidensdruck muß jetzt erhöht werden, indem die gegenseitige Verpflichtung zur Vertraulichkeit aufgehoben wird. An dem Gespräch nehmen außer den Personen aus dem 2. Schritt auch von dem Verhalten des Professors betroffene Kollegen und Mitarbeiter teil. Wenn der Kontakt besteht, können auch Familienangehörige teilnehmen.

Ziel dieses Gespräches ist es, eine selbstverpflichtende Vereinbarung mit dem Betroffenen über umgehende (innerhalb von 1 Woche) Annahme von Hilfsangeboten zu schließen. Ihm wird mitgeteilt, daß bei Nichtannahme der Präsident von diesem Gespräch informiert wird.

Wird die Hilfe angenommen, erfolgt nach erfolgreicher Behandlung ein Hilfestgespräch zur Reintegration. Wenn nicht, folgt nach ca. 4 Wochen der 4. Schritt.

Schritt 3 – gibt es nie wieder!

4. Schritt – Hinweis auf Mitteilung an den Minister –

Kommt es erneut zu suchtbedingten Auffälligkeiten, so ist der Präsident ausführlich über den Vorgang zu informieren. Er nimmt neben den Personen aus dem 3. Schritt an dem Gespräch teil und weist darauf hin, daß eine Mitteilung an den Minister ergeht mit der Bitte, ein Disziplinarverfahren einzuleiten, wenn sich der Betroffene nicht unverzüglich an eine Beratungsstelle wendet, damit eine stationäre Behandlung beantragt werden kann. Die Therapie ist spätestens innerhalb von 12 Wochen anzutreten. Der Professor hat schriftlich nachzuweisen, daß eine stationäre Behandlung eingeleitet ist.

Wird die Hilfe angenommen, erfolgt nach erfolgreicher stationärer Behandlung ein Hilfestgespräch zur Reintegration. Die Reintegration wird mit der vollen Rehabilitation abgeschlossen.

5. Schritt – Mitteilung an den Minister –

Lehnt der betroffene Professor die angebotenen Hilfemaßnahmen ab oder bricht die stationäre Behandlung ab, erfolgt durch den Präsident eine Mitteilung an den Minister mit der Bitte um Einleitung eines Disziplinarverfahrens.

4 Auswertung

Bei der Aktionsforschung steht der gesamte Prozeß im Mittelpunkt der Auswertung und nicht nur eine zu prüfende Hypothese oder die Gewinnung von Daten. Während des gesamten Projektes wurde evaluiert: Daten ermittelt und interpretiert, Ziele formuliert und bewertet, Prozesse dokumentiert und analysiert. Die Ergebnisse wurden im Arbeitskreis kommuniziert. Die Auswertung ist somit ein mehrfach zu durchlaufender Spiralprozeß (Hermeneutische Spirale) „...zwischen originärem Material und daraus gewonnener Abstraktion sowie der erneuten Überprüfung der gewonnenen Abstraktionen am Material selbst...“ (TERHART in: STIMMER 1994, S. 134). Im Sinne der kommunikativen Validierung sind Interpretationen und vorgenommene Bewertungen sowohl ein Produkt des Austauschprozesses zwischen mir und den Arbeitskreismitgliedern als auch zwischen mir und den Experten. Die Gültigkeit meiner Interpretationen ist streng genommen an die Zustimmung der Interpretierten gebunden. TERHART (in: STIMMER 1994) meint, daß im Rahmen einer an Veränderung interessierten qualitativen Strategie eine solche kommunikative Validierung ein wichtiger Ausgangspunkt ist. Sie sichert die Beteiligung der Betroffenen an dem Prozeß. Zu einer Veränderung kommt es aber nur, wenn durch argumentative Validierung ein beiderseitiger Lernprozeß eingeleitet wird.

Um neben der Aktionsforschung und der Befragung zum Stand der betrieblichen SKH an Universitäten noch eine weitere Überprüfung meiner These vorzunehmen, wurden bundesweit anerkannte Experten befragt. Diese Befragung ist der Auswertung zugeordnet, weil sie im Zeitraum von Febr. bis Aug. 1996 vorgenommen wurden und keinen Einfluß auf den Forschungsprozeß des Pilotprojektes hatten, wohl aber auf den Teil IV dieser Arbeit. These und Verlauf des Pilotprojektes wurden mit diesen Experten, die nicht in den Forschungsprozeß involviert waren, diskutiert.

4.1 Expertenbefragungen

Insgesamt wurden vier Experten befragt. Prof. Dr. SCHULZ und Frau E. WIENEMANN beschäftigen sich seit Jahren mit der Suchtprävention am Arbeitsplatz Hochschule. Beide haben an ihren Universitäten die Planung und Implementierung maßgeblich gestaltet. Darüber hinaus sind sie durch

Veröffentlichungen und Vorträge sowie der „Arbeitstagungen zur Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention an Universitäten und Hochschulen“ bundesweit in Erscheinung getreten. Die beiden anderen Experten habe ich bewußt aus dem nicht-universitären Bereich gewählt. Dr. WEISSINGER ist Geschäftsführer des Fachverbandes Sucht e. V.; über sein Studium und seine Dissertation zum Thema „Gesundheitsförderung im Studium – Aspekte zum Wohlbefinden im Lebensraum Hochschule“ ist er bestens mit der Organisationskultur und –struktur von Universitäten vertraut. H. ZIEGLER ist in Deutschland der Experte für die betriebliche Suchtprävention. Er ist Geschäftsführer der Team GmbH und Unternehmensberater. Vorher war er viele Jahre Geschäftsführer der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren.

Ich habe mich für eine offene, wenig strukturierte Form der Befragung entschieden, um in der kollegialen Atmosphäre meine These, die bisherigen Ergebnisse des Forschungsprojektes und die Konzeptionierung eines neuen Handlungskonzeptes für die Alkoholprävention an Universitäten und Hochschulen zur Disposition zu stellen. Ein an Schlüsselfragen orientierter Dialog zwischen Experten schien mir das authentischste und angemessenste Setting für diese Befragung zu sein. Zur Dokumentation wurden die Befragungen auf Band aufgenommen und transskribiert. Die Interviews in ihrer Gesamtheit wiederzugeben, ist nicht notwendig. Ich werde im folgenden von jedem Interview eine kurze Zusammenfassung mit den für diese Arbeit wesentlichen Aussagen der Experten geben. Um die Aussagen so wenig wie möglich zu verfälschen, wurde der Sprachduktus überwiegend beibehalten. Die Zahlen in Klammern hinter den sinngemäßen Aussagen weisen darauf hin, in welchen Zeilen der Transskripte die Aussagen zu finden sind.¹ Damit die Fragen von den Antworten zu unterscheiden sind, wurden sie im Schriftbild hervorgehoben.

Elisabeth WIENEMANN

Dipl. Soziologin – Wissenschaftliche Mitarbeiterin beim Weiterbildungsstudium Arbeitswissenschaft in Hannover.

26.02.1996 Hannover, Lange Laube 32

Kontextausagen:

Das Konzept für Suchtprävention am Arbeitsplatz wurde ab 1980 im Weiterbildungsstudium Arbeitswissenschaft entwickelt. (Zeilen 12 – 24)

Die Universität Hannover hat ca. 4.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. 1980 sind die ersten Angebote für die Universität gemacht worden. 1985

¹ Die Transskripte sind aus ökologischen und ökonomischen Gründen nicht im Anhang zu finden. Ggf. können sie beim Autor eingesehen werden.

wurde auf Initiative des Personalrates ein Arbeitskreis (AK) gegründet. Der AK war paritätisch besetzt (Verwaltung u. Personalvertretung). Frau WIENEMANN wurde als Fachberaterin offiziell eingeladen. Eine Entlohnung wurde nicht gezahlt. Auf Initiative des Präsidenten wurde 1993 ein Beirat gegründet. Er ist nicht mehr paritätisch besetzt. Den Vorsitz führt ein Professor. Frau WIENEMANN wurde als Fachberaterin berufen. Der Beirat tagt ca. 5x im Jahr. (Zeilen 22 – 66)

Schlüsselfragen:

Gibt es eine Dienstvereinbarung mit einem Handlungskonzept?

Keine Dienstvereinbarung (war bis 1994 auch rechtlich nicht möglich). Seit 1987 gibt es eine Handlungsanleitung. Sie besteht nur aus dem Stufenplan und einigen Durchführungshinweisen. (Zeilen 68 – 80)

Gilt dieses Handlungskonzept für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Verwaltung und der wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter?

Gilt für alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Anwendung fand sie in der Vergangenheit bei allen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen – auch im wissenschaftlichen Bereich – unterhalb der Professoren. (Zeilen 81 – 87)

Beinhaltet das Handlungskonzept den sogenannten Stufenplan?

Ja. (Zeilen 77 – 78 u. 88 – 89)

Welche Maßnahmen sind im Rahmen der Sekundärprävention für Professoren vorgesehen?

Keine. Frau WIENEMANN meint, daß Hilfemaßnahmen nur ein Angebot sein könnten. Sie sollten keinen Personen oder Berufsgruppen aufgedrängt werden, die es nicht wollten oder ein hohes Selbstheilungspotential (Selbsthilfepotential) hätten, wie Führungskräfte oder Professoren. (Zeilen 532 – 551)

Hat es Schulungen für Vorgesetzte zum Umgang mit dem Handlungskonzept gegeben?

Ja, als freiwilliges Angebot an alle Mitarbeiter. Es gab unterschiedliche Angebote an Vorgesetzte, Dezernenten und die Beschäftigten. Seit Einrichtung der hauptamtlichen Suchtberatung als Stabsstelle bei Präsidenten werden einzelne Institute bzw. Einrichtungen der Universität gezielt beraten. Vor einiger Zeit hat es eine Anfrage eines Fachbereiches geben. (Zeilen 94 – 112)

Suchtberatung: Als ABM – Stelle eingerichtet. Am Anfang hat es viele Wechsel gegeben. Dafür gab es persönliche Gründe und eine zu therapeutische Orientierung der beiden ersten Suchtberaterinnen. Außerdem gab es Ansiedlungsprobleme. Durch die soziale Abgeschiedenheit war es eine sozial sehr einsame Stelle. Seit 1993 ist die Suchtberatung eine Stabsstelle beim Präsidenten. Die Stelle ist mit 28 Std. BAT IIa ausgewiesen und wird aus internen Unimitteln finanziert. (Zeilen 113 – 225)

Bis 1990 wurden die Schulungen im Rahmen des Weiterbildungsstudienganges überwiegend von Frau WIENEMANN selbst durchgeführt. Die Dezenten- und Führungskräftebildungen wurden von Mitarbeitern der Niedersächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren geleitet. Ab 1990 wurden die Schulungen je nach Kompetenz von den hauptamtlichen Suchtberatern der Universität übernommen. (Zeilen 226 – 238)

Die Seminare hatten eine Dauer von 1 Tag für die Dezentenbildung bis zu 3 Tagen für die Mitarbeiterschulung. (Zeilen 240 – 249)

Die Angebote wurden für die Mitarbeiter aller Hochschulen in Hannover ausgeschrieben. (Zeilen 250 – 269)

Haben Präsident, Dekane und Professoren an den Schulungen teilgenommen?

Präsident, Dekane und Professoren haben nicht an den Schulungen teilgenommen. In den 80er Jahren haben nur einzelne untere Vorgesetzte von der Universität teilgenommen. Die Personalleiterin der Tierärztlichen Klinik war die absolute Ausnahme. (Zeilen 270 – 298)

Seit 1995 gibt es ein neues Konzept, das eine ortsnahe Schulung favorisiert. An einem Fachbereich hat sich die Professorenschaft informieren lassen. Die Suchtberaterin hat dort einen mehrstündigen Vortrag gehalten. (Zeilen 313 – 328)

Wurde bei der Konzeptionierung die Teilung der Universität in Verwaltungsapparat und Wissenschaftsapparat berücksichtigt?

Ist diskutiert worden, aber nicht in die Konzeption mit eingeflossen. (Zeilen 335 – 337)

Frau WIENEMANN hat aus den vergangenen Erfahrungen den Eindruck gewonnen, daß bei Problemfällen die Bereitschaft zum Handeln in den Instituten höher sei als bei der Verwaltung. Sie hat die These, daß ein Professor nicht so viel an Gesicht verlieren würde, wenn er eingestände, einen Problemfall zu haben, mit dem er nicht fertig würde. (Zeilen 339 – 354)

Besonders untere Vorgesetzte der Verwaltung sähen sich nicht in einer Führungsrolle, sondern eher als Fachvorgesetzte. Mitarbeitergespräche

oder gar Kritikgespräche betrachten sie nicht als ihre Aufgabe. (Zeilen 356 – 365)

Wie wurde auf die Besonderheiten der Universität

- **dienstrechtlicher Status der Professoren**
- **wissenschaftliche Mitarbeiter mit befristeten Arbeitsverträgen**
- **verschiedene weitgehend autonome Fachbereiche und Institute eingegangen?**

In der Konzeption wurde explizit nicht darauf eingegangen. (Zeile 394)

Von Seiten der Mitarbeiter besteht eine große Ängstlichkeit. Sie trauten sich häufig nicht, die Professoren anzusprechen, um sie zum Handeln gegenüber einem auffälligen Mitarbeiter zu bewegen. (Zeilen 399 – 411)

Frau WIENEMANN meint, wenn man sie informierte, seien es die Professoren, die gehandelt hätten. (Zeilen 418 – 419)

Wenn die Professoren handlungsbereit wären, scheiterten sie all zu häufig an der starren und unflexiblen Verwaltung. (Zeilen 413 – 416)

Mit Ausnahme der Institutsleiter hätten Professoren zwar nicht die formale Dienstaufsicht, müßten aber nach Frau WIENEMANN'S Meinung Informationen z. B. über Fehlzeiten an die Verwaltung weitergeben, die dann handeln müßte, wenn es zu disziplinarischen Schritten käme. Diese Konstruktion hält sie für schwierig, aber nicht für schwieriger als in großen Wirtschaftsunternehmen, wo disziplinarische Maßnahmen durch die Personalabteilung in Abstimmung mit dem Betriebsrat eingeleitet würden. (Zeilen 437 – 466)

Sind Sie der Meinung, daß das im Handlungskonzept vorgesehene Stufenmodell kompatibel mit dem Organisationsmodell der Universität ist?

Frau WIENEMANN meint, daß das Konzept grundsätzlich auch für die Universität brauchbar sei. Die Professoren verhielten sich als Vorgesetzte nicht anders als die höheren Führungskräfte in der Wirtschaft auch. Dort sei auch nicht jede Führungskraft kompetent. Was eindeutig fehlte, sei ein Hilfskonzept für Professoren als Betroffene. (Zeilen 497 – 502)

Dazu hat sie grundsätzlich folgende Haltung:

Handlungskonzept und Stufenplan sind ein Hilfeangebot. Eine Berufsgruppe, die nach ihrer Meinung gut für sich selbst sorgen könne, brauche an der Maßnahme nicht teilzunehmen. (Zeilen 528 – 551)

Frau WIENEMANN ist auch der Meinung, daß Schulungen von Vorgesetzten verbindlich sein müßten und nicht wie an der Uni Hannover freiwillig. Professoren müßten schon bei der Einstellung darüber aufgeklärt

werden, daß sie auch Personalführungsaufgaben hätten. Sie müßten informiert werden, in welchen Fällen sie Fürsorge- und Dienstaufsichtspflicht haben. (Zeilen 601 – 613 u. 652 – 660)

Das Disziplinarrecht für Beamte läßt nach Frau WIENEMANN'S Einschätzung ein abgestuftes Vorgehen nicht zu. Deshalb sei die Scheu, ein Alkoholproblem anzusprechen, besonders groß. (Zeilen 964 – 983)

Einen Unterschied zu vielen anderen Wirtschaftsunternehmen und Verwaltungen sieht Frau WIENEMANN darin, daß die Universität mit ihren verschiedenen Fachbereichen und Instituten nie eine geschlossene Organisationskultur hätte. Ein Konzept für die Universität müßte von daher so offen sein, daß die unterschiedlichen Bedingungen berücksichtigt werden könnten. (Zeilen 1170 – 1188)

Prof. Dr. Wolfgang SCHULZ

Seit 1992 Professor an der Technischen Universität Braunschweig.

Erstinterview 23.04.1996

Aufgrund eines Defektes des Aufnahmegerätes konnte der Interviewtext nicht transkribiert werden. Zu Dokumentationszwecken wurde das Interview auf der Grundlage meines Protokolls vom 23.04.96 wiederholt.

Zweitinterview 04.09.1996

38106 Braunschweig, Spielmannstr. 12a

Kontextaussagen:

Der Arbeitskreis kam auf Initiative des Personalrates zustande. Prof. SCHULZ wurde als Fachexperte dazu eingeladen.

Die Technische Universität hat ca. 2700 Bedienstete im festen Stellenplan.

Schlüsselfragen:

Gibt es eine Dienstvereinbarung mit einem Handlungskonzept?

Ja, seit Februar 1988. (Zeile 18)

Eine Suchtberatungsstelle wurde im Nov. 1987 eingerichtet. Kurz vorher wurde der Arbeitskreis Sucht gegründet und eine Dipl. Psychologin als ABM-Kraft eingestellt. Die Beratungsstelle ist der Universitätsverwaltung zugeordnet. Die Fachaufsicht hat Prof. SCHULZ. Der Kanzler hat die Dienstaufsicht. (Zeilen 19 – 32)

Gilt dieses Handlungskonzept für Verwaltungsmitarbeiter, für wissenschaftliche Mitarbeiter und auch für Professoren?

Eigentlich ja, es gilt für den ganzen universitären Bereich. (Zeilen 114 – 115). Ob das Handlungskonzept auch für Beamte gilt oder gelten kann, wurde im Arbeitskreis nicht diskutiert. Die Dienstvereinbarung wurde damals schnell „zusammengebastelt“. Die Problemfälle, die Prof. SCHULZ in den letzten Jahren bekannt geworden sind, kamen alle aus dem Angestelltenbereich. Weil man bei Beamten anders verfahren müßte, vermutet er, daß Problemfälle nicht angegangen würden. (Zeilen 117 – 141)

Beinhaltet das Handlungskonzept den sogenannten Stufenplan?

Ja. (Zeile 144)

Welche Maßnahmen sind im Rahmen der Sekundärprävention für Professoren vorgesehen?

Als Dienstvorgesetzte sind sie berücksichtigt, als Betroffene nicht. (Zeilen 151 – 154)

Hat es Schulungen für Vorgesetzte zum Umgang mit dem Handlungskonzept gegeben?

Ja, vor allem in den Jahren 1988, 1989 und 1990. In diesen drei Jahren wurden ca. 100 – 120 Leute geschult. In den letzten zwei Jahren gab es keine Schulungen mehr. Sie wurden zwar angeboten, es gab jedoch nicht genug Interessenten. (Zeilen 157 – 165)

Eine Dienstverpflichtung für die Seminare hat es nicht gegeben. Der größte Teil der Teilnehmer kam aus der zentralen Verwaltung. Da Braunschweig eine technische Universität ist, haben auch einige Meister und Akademische Räte mit eindeutigen Leitungsfunktionen im Laborbereich teilgenommen. (Zeilen 171 – 182)

Haben Präsident, Dekane und Professoren an den Schulungen teilgenommen?

Insgesamt haben ein oder zwei Professoren teilgenommen. Über deren Motivation konnte Prof. SCHULZ nichts sagen. Alle Professoren seien vom Kanzler angeschrieben und zur Teilnahme an dem Seminar eingeladen worden. (Zeilen 207 – 214)

Wurde bei der Konzeptionierung die Teilung der Universität in Verwaltungsapparat und Wissenschaftsapparat berücksichtigt?

Nein. Das ist ein Problem, was erst jetzt deutlich wird. Für die Institute des Wissenschaftsbereichs werden vermutlich ganz andere Handlungskonzepte gebraucht. (Zeilen 218 – 235) Die Institute sind nur schwer zu erreichen, dort wird nur gehandelt, wenn die Problemfälle besonders auffällig sind. (Zeilen 234 – 236)

Wie wurde auf die Besonderheiten der Universität

- **dienstrechtlicher Status der Professoren**
- **wissenschaftliche Mitarbeiter mit befristeten Arbeitsverträgen**
- **verschiedene, weitgehend autonome Fachbereiche und Institute, eingegangen?**

Neben Frau SCHRÖTER von der TU in Berlin ist Prof. SCHULZ der Pionier für die Suchtprävention an Universitäten. Er war Ende der 80er Jahre bei Schering und hat sich über deren Konzept informieren lassen. Das Konzept entstand, ohne zu berücksichtigen, daß die Organisationsstrukturen an der Universität ganz anders sind. (Zeilen 250 – 270)

Das Problem mit der freiwilligen Teilnahme an den Schulungen war Prof. SCHULZ bewußt. Die damalige Vorstellung war, die Leute zu motivieren. Doch die Strukturen seien so, daß mit reiner Überzeugungsarbeit nicht an die Leute ranzukommen sei. (Zeilen 272 – 288) Eine Mitarbeiterin der Beratungsstelle hat aufgehört, „weil sie nicht mehr überzeugen konnte“. Der jetzige Mitarbeiter ist deprimiert. Prof. SCHULZ ist erst in den letzten Jahren zu der Erkenntnis gekommen, daß sie mit der psychologischen Perspektive nicht weiter kommen, und daß das an den Strukturen liegt. (Zeilen 289 – 296)

Prof. SCHULZ glaubt, daß anstehende Strukturveränderungen die Umsetzung von Suchtprävention leichter machen werden. Er denkt z. Zt. nicht darüber nach, die Suchtprävention oder ein suchtspezifisches Angebot für die Universitäten zu ändern, sondern wartet ab, wie sich die Strukturen verändern. (Zeilen 314 – 328)

Sind Sie der Meinung, daß das im Handlungskonzept vorgesehene Stufenmodell kompatibel mit dem Organisationsmodell der Universität ist?

Prof. SCHULZ denkt, daß das Konzept für die Verwaltung brauchbar sei, auch wenn das eine oder andere verbessert werden könnte. Für den Wissenschaftsbereich wird das Modell nur greifen, wenn sich das Leistungsselbstverständnis ändert. (Zeilen 414 – 422).

Gibt es nach Ihrem Kenntnisstand in Deutschland eine Universität oder Hochschule, an der die Berufsgruppe der Professoren im Handlungskonzept der Sekundärprävention berücksichtigt wurde

- a) **aktiv, als Vorgesetzte**
- b) **passiv, als Betroffene?**

Darüber kann Prof. SCHULZ nichts sagen, weil er in der Vergangenheit nicht auf diese Aspekte geachtet hat. (Zeilen 456 – 457)

Prof. SCHULZ findet es merkwürdig, daß bisher niemand darauf gekommen sei, daß Beamte und besonders Professoren gesondert berücksichtigt werden müßten. Daß er als Individualpsychologe nicht darauf kommt, sei ihm klar. Aber daß Juristen und Verwaltungsexperten wie die Kanzler das nicht gesehen hätten, sei ihm unverständlich. (Zeilen 466 – 483) Prof. SCHULZ äußert die Vermutung, daß es vielleicht daran liegt, daß die Dienstvereinbarungen allesamt von Beamten gemacht wurden. (Zeilen 495 – 496)

Weitere Aussagen:

Der Arbeitskreis an der TU Braunschweig zeichnet sich besonders durch die personelle Kontinuität aus. Von Anfang an dabei sind: Der Kanzler, der Vorsitzende des Personalrates, ein weiteres Mitglied des Betriebsrates (trockener Alkoholiker) und Prof. SCHULZ. Dazu kommt immer die / der jeweilige Suchtberater / in. (Zeilen 38 – 55)

Auf meine Frage, ob er auch der Meinung wie Frau WIENEMANN sei, Professoren als Berufsgruppe mit hoher Selbstheilungskompetenz bräuchte man kein Präventionsprogramm aufdrängen, antwortete Prof. SCHULZ: „Der Arbeitgeber hat auch eine Fürsorgepflicht den Professoren gegenüber. Außerdem ist das kein Argument, denn die Arbeiter und Angestellten haben auch nicht um eine Dienstvereinbarung gebeten.“

Die Problematik, daß Professoren und Beamte mit dem bisherigen Konzept gar nicht erreicht würden, sei für die Zukunft seine zentrale Frage. (Zeilen 540 – 587) Seiner Meinung nach sei es an der Zeit, aus professioneller Distanz kritische Fragen zu stellen. Diese Fragen könnten nicht von den Suchtberatern vor Ort gestellt werden, weil sie Teil des Systems sind und damit unter Umständen ihren eigenen Arbeitsplatz gefährden würden. Prof. SCHULZ sieht es als seine Aufgabe als Wissenschaftler, die Erfahrungen der vergangenen Jahre auszuwerten, Schwierigkeiten zu benennen und zu publizieren. In diesem Zusammenhang betont er die Wichtigkeit meines Forschungsvorhabens und die Veröffentlichung der Ergebnisse. (Zeilen 606 – 680)

Dr. Volker WEISSINGER

Geschäftsführer des Fachverbandes Sucht e. V.

13.08.1996

Bonn, Adenauer Allee 58

Herr WEISSINGER meint, daß man an Universitäten grundsätzlich zwischen dem Bereich der Lehre und der Verwaltung unterscheiden müßte. Die ihm bekannten Konzepte könnten nur den Verwaltungsbereich betreffen, weil die Dienstvereinbarungen mit dem Stufenmodell einen Sanktionskatalog enthalten, der nicht auf den Wissenschaftsbereich übertragbar sei. (Zeilen 35 – 100)

Seiner Meinung nach sei es wichtig zu betonen, daß Suchtprävention grundsätzlich zwei Ebenen hätte: Einmal niedrigschwellige Angebote wie Aufklärung und freiwillige Beratung. Zum anderen Maßnahmen für diejenigen, die freiwillig keine Hilfe in Anspruch nähmen. Seiner Meinung nach wären für den wissenschaftlichen Bereich der Universitäten die niedrigschwelligen Angebote zu verstärken, weil die Sanktionsmaßnahmen z. B. aufgrund der fehlenden Hierarchie nicht umzusetzen seien. (Zeilen 101 – 120)

Die Schulung von Führungskräften hält Herr WEISSINGER für notwendig, um eine Dienstvereinbarung mit Leben zu füllen. Denn das Hauptproblem für die Vorgesetzten liegt darin, ihre eigene Rolle im Umgang mit dem Betroffenen zu finden. Es müßte seiner Einschätzung nach den Vorgesetzten deutlich gemacht werden, daß es sich um ein Hilfsangebot handle und nicht um einen Sanktionskatalog oder „... die Rutschbahn zur Kündigung“. Schulungen sein auch nötig, um die Philosophie des ganzen Konzeptes zu verankern. (Zeilen 153 – 171) Dienstvereinbarungen sollten aus der Praxis erwachsen. Es mache wenig Sinn, wenn man eine Dienstvereinbarung aufstelle und sie dann nicht mit Leben fülle. Zum Thema Sucht im Betrieb gehöre seiner Meinung nach die Öffentlichkeitsarbeit, die Überlegungen, welche inneren Strukturen aufgebaut werden und wie die Betroffenen überhaupt zu erreichen seien. Das seien Fragen, mit denen sich ein Arbeitskreis beschäftigen müßte, bevor eine Dienstvereinbarung zu Papier gebracht würde. (Zeilen 190 – 221)

Herr WEISSINGER ist der Überzeugung, daß bei den Professoren als Betroffene die Anonymität ebenso wie bei Managern eine besondere Rolle spielt. Nach seiner Erfahrung ließe sich diese Betroffenenengruppe auch nicht in einer normalen Suchtklinik behandeln, sondern bevorzuge private Therapieeinrichtungen mit kürzeren Behandlungszeiten. Es sei also der Frage nachzugehen, wie man den sozialen Status von Professoren bei den Hilfemaßnahmen berücksichtigen könne. (Zeilen 246 – 275) Weil das durch eine Suchtberatung nicht ohne weiteres zu gewährleisten sei, meint er, müßte man verstärkt über niedrigschwellige Angebote nachdenken, bei

denen nicht Suchtprobleme im Vordergrund ständen, sondern allgemein psychosoziale Probleme. Herr WEISSINGER kann sich vorstellen, daß Professoren mit EAP¹ – Programmen, die Beratungen auch außerhalb der Universität anbieten, eher zu erreichen seien. (Zeilen 276 – 291)

Professoren müßten seiner Meinung nach darüber ins Gespräch kommen, wie man mit Problemen – nicht nur Suchtproblemen – im Kollegenkreis umgehen und sie ansprechen könne. Hochschule müßte ein eigenes Klima, eine eigene Philosophie entwickeln. (Zeilen 292 – 310)

Bevor man für die Professoren ein Sanktionssystem implementiert, sollte man seiner Meinung nach andere Möglichkeiten ausschöpfen und die lägen bei den niedrigschwelligen Angeboten. (Zeilen 401 – 437)

Ein Kernproblem sei das fehlende Rückmeldesystem zur Beurteilung von Arbeits- und Leistungsstörungen bei Professoren. Daran ändere sich nach Herrn WEISSINGERS Meinung erst etwas, wenn es Bewertungen zur Qualität der Lehre gibt. (Zeilen 480 – 491)

Wenn die Teilnahme an den Schulungen freiwillig sei, dann sei es eine Frage der Bewertung, wie wichtig das Problem gerade auch im Vergleich zu anderen Problemen sei. Da gäbe es seiner Meinung nach zwischen Professoren und Managern keinen Unterschied. Insofern sei die Frage der Dauer einer Schulung von Bedeutung. (Zeilen 623 – 634)

Das Konzept könnte nach Herrn WEISSINGERS Meinung nur dann funktionieren, wenn das Klima dafür da sei. Das hieße, es müßte daran gearbeitet werden, daß an den Hochschulen der Umgang miteinander und psychosoziale Themen ernst und wichtig genommen werden. Der einzelne Mitarbeiter müßte als wertvoll und wichtig erachtet werden und die Botschaft müßte eine gelebte Fürsorge sein. Soweit er das beurteilen könne, sei bei dem derzeitigen Klima an Hochschulen eher mit viel Widerstand zu rechnen. (Zeilen 654 – 682)

¹ Employee Assistance Program

Herbert ZIEGLER

Team GmbH, Unternehmensberater (ehemaliger Geschäftsführer der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren)

13.08.1996

Bonn, Herzogsfreudenweg 1

Herbert ZIEGLER hat in den letzten Jahren Beratungsgespräche und Seminare für verschiedene Universitäten gemacht. (Zeilen 10 – 23)

Nach dem, was Herr ZIEGLER über die Strukturen von Universitäten weiß, läßt sich das für Wirtschaftsunternehmen entwickelte Alkoholpräventionskonzept nicht ohne weiteres übertragen. Das gleiche trifft auch auf die Justiz zu. Richter haben eine ähnliche Position wie Institutsleiter an Universitäten. (Zeilen 24 – 32)

Um der Frage nachzugehen, was die Mitglieder der Universität davon haben, daß die Struktur so ist wie sie ist, obwohl so viele Mitarbeiter unter den unklaren Strukturen leiden, wäre eine systemische Betrachtung der Organisation Universität interessant. (Zeilen 57 – 70)

Daß Handlungskompetenz durch Schulungen erworben werden muß, bevor eine Dienstvereinbarung abgeschlossen wird, wurde von Herrn ZIEGLER „dick unterstrichen“. (Zeilen 354 – 369)

Nach seiner Erfahrung wüßten die meisten Wissenschaftler überhaupt nicht, daß sie Führungskräfte sind und was Führung ist. Im ersten Schritt müßte man daher seiner Meinung nach über die Aufgaben der Personalführung sprechen, in einem zweiten über den Umgang mit schwierigen Mitarbeitern und erst im dritten über Suchtprobleme. (Zeilen 385 – 409)

Die Institute sind sehr selbständige Organisationseinheiten. „Die Repräsentanten gebärden sich zum Teil wie kleine Fürsten.“ (Zeilen 255 – 259) Institutsleiter und Abteilungsleiter hätten kein Gefühl dafür, was es heißt, Personal zu führen. Sie könnten keine Besprechungen leiten, könnten keine Anordnungen und keine klaren Anweisungen geben. Im Institut wüßten viele Leute nicht, wer ihr Vorgesetzter ist oder wo sie hingehen sollten, wenn sie Probleme haben. (Zeilen 419 – 428)

Herr ZIEGLER hält es für sinnvoll, kein Konzept für die ganze Universität zu entwickeln, sondern bei den Instituten anzufangen, in denen es eine klare Struktur und ein Verständnis von Personalführung gibt. Die könnten als positives Modell genommen werden, nicht weil sie besonders viel Problemfälle hätten, sondern weil sie über die meiste Kompetenz verfügten. (Zeilen 457 – 473)

Herr ZIEGLER findet die These von Frau WIENEMANN, daß Akademiker ein höheres „Selbsthilfepotential“ als andere Berufsgruppen haben, interessant und überprüfenswert. Nach seiner Erfahrung verfügten Akademiker und leitende Manager jedoch lediglich über mehr Kompensationsmöglich-

keiten, mit denen sie das stützende System um sie herum länger aufrechterhalten könnten. (Zeilen 494 – 572)

4.2 Bewertung des Pilotprojektes

Die Universität weist unter anderem durch ihre Organisationsform, den dienstrechtlichen Status der Professoren und den vielen wissenschaftlichen Mitarbeitern mit befristeten Arbeitsverträgen Besonderheiten auf, die bei der Konzeptionierung des Alkoholpräventionsprogrammes zu berücksichtigen waren. Die Unterteilung der Universität in Verwaltung, Bibliothek und verschiedene Fachbereiche und Institute – deren Kommunikation häufig auf das Nötigste beschränkt ist – erschwert die Entwicklung und Implementierung einer gemeinsamen Handlungsstrategie. Eine einheitliche Personalführung gibt es nicht. Dienstrechtliche Zuständigkeit und Verantwortung ist in vielen Bereichen ungeklärt oder wird ignoriert.

Die Gründe für eine betriebliche Alkoholprävention sind nicht wie bei Wirtschaftsunternehmen betriebswirtschaftlich begründet. Ausschlaggebend waren konkrete Problemfälle, die die beteiligten Vorgesetzten emotional, sozial und zeitlich belasteten, das Engagement einzelner Personen und die Notwendigkeit, das Vorgehen bei Alkoholmißbrauch am Arbeitsplatz dienstrechtlich abzusichern. Die Handhabung des Problems in der Vergangenheit hat in wenigen Einzelfällen zum Erfolg geführt. Die meisten Problemfälle sind jedoch ungelöst, weil sie nicht oder viel zu spät angegangen wurden. Die Betroffenen fanden keine Hilfe, sie blieben mit ihrer Krankheit sich selbst überlassen.

Evaluierte Daten zur Problemanalyse gibt es nicht. Es wurde von Erfahrungswerten ausgegangen, die sich auf die Aussagen der DHS (5% alkoholkrank und 10% alkoholgefährdet), der Suchtberater anderer Universitäten und den eigenen Informationen über Problemfälle an der Universität stützten. Nach diesen Schätzungen betrifft das Problem Suchtmittelmißbrauch (einschließlich Medikamentenmißbrauch) ca. 85 Mitarbeiter an der Pilot-Universität.

Eine auf der 3. Arbeitstagung 'betriebliche Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention bundesdeutscher Hochschulen und Universitäten' durchgeführte Befragung bestätigte, daß alle Universitäten, die ein Handlungskonzept für den Umgang mit alkoholkranken Mitarbeitern haben, den konstruktiven Leidensdruck über das Stufenmodell aufbauen. Die Besonderheiten der Hochschulen und Universitäten bleiben unberücksichtigt, weil die Handlungskonzepte für alle Mitarbeiter gleichermaßen – also auch für die Professoren – gelten.

Der Verlauf des Pilotprojektes orientierte sich an den Interessen und Zielen der Arbeitskreismitglieder sowie an meinem Interesse, unter Be-

rücksichtigung der institutionellen und personellen Besonderheiten der Universität ein praxisrelevantes Handlungskonzept zu entwickeln und möglichst viele Mitarbeiter mit Personalführungsaufgaben für das Thema zu sensibilisieren. Die Konstituierung und formale Anerkennung des Arbeitskreises, die Organisation, Akquisition und Durchführung der Seminare und die Erarbeitung des Konzeptes zur Suchtprävention an der Pilot-Universität standen im Mittelpunkt des Prozesses.

Zu den Seminaren waren neben den Vorgesetzten aus der Verwaltung und der Bibliothek die Professoren mit besonderen Funktionen (Dekan, Institutsleiter etc.) eingeladen. Trotz Zusage haben die Professoren nicht teilgenommen. Somit sind die für den wissenschaftlichen Bereich der Universität maßgeblichen Personen weder informiert noch sensibilisiert, geschweige denn in der Lage, entsprechend des Handlungskonzeptes frühzeitig angemessen zu handeln. Die Vorgesetzten der Verwaltung haben mit überwiegend positiver Resonanz 'top down' teilgenommen.

Das Handlungskonzept könnte in der vorgestellten Form in eine Dienstvereinbarung münden. In Anbetracht des besonderen dienstrechtlichen Status der Professoren wurde für sie ein gesonderter Stufenplan erarbeitet, der den Leidensdruck weniger durch dienstrechtliche Konsequenzen aufbaut als durch fachkompetente kollegiale Konfrontation und der Herstellung von Öffentlichkeit. Da es an der Universität niemanden gibt, der dienstrechtlich zu fürsorglichem Handeln gegenüber einem Professor verpflichtet ist, bleibt die moralische Selbstverpflichtung.

Das Hauptziel betrieblicher Hilfeprogramme besteht darin, den Alkoholismus sowie seine Folgen zu reduzieren und Hilfestellung für betroffene Mitarbeiter zu geben (vgl. WILKE / ZIEGLER 1986, S. 16). Die Aufmerksamkeit und das Engagement gilt also den manifest alkoholabhängigen Menschen. Die der Sekundärprävention zuzuordnenden Maßnahmen wie Früherkennung und Verfahrensregelungen zum angemessenen Handeln (Stufenplan) stehen daher bei der Umsetzung betrieblicher Alkoholprävention im Vordergrund; so auch an Universitäten und Hochschulen. Der Stand betrieblicher Suchtprävention an Universitäten und Hochschulen wird in den seit 1992 regelmäßig durchgeführten Befragungen gemessen an den abgeschlossenen Dienstvereinbarungen und den Beratungsangeboten der Suchtkrankenhilfe. Die Dienstvereinbarungen enthalten den sogenannten Stufenplan und nur vereinzelt finden sich Hinweise auf primär- oder tertiärpräventive Maßnahmen. Ein wichtiges Fazit aus dem Pilotprojekt ist, daß alle Beteiligten – mich eingeschlossen – viel zu sehr auf die Hilfemaßnahmen für gefährdete oder manifest suchtkranke Mitarbeiter fokussiert waren. Die Schulung von Mitarbeitern mit Personalführungsaufgaben wird zwar der Primärprävention zugeordnet, zielt jedoch darauf ab, sie zum Handeln im Sinne des Stufenplans zu befähigen.

Vielleicht wäre es sinnvoller gewesen, die Störungen im ersten Seminar nicht zu unterdrücken, sondern zum Thema zu machen. Auf jeden Fall wäre es dann um die Verhältnisse gegangen: Um die Verhältnisse, unter denen an der Universität gearbeitet wird und um das Verhältnis zwischen Verwaltung und Wissenschaft (Professoren).

Auch das für die Pilot-Universität formulierte Handlungskonzept bedient in erster Linie den Bedarf nach sekundärpräventiven Maßnahmen. Im Mittelpunkt steht der Stufenplan. Ein gesonderter Stufenplan für die Professoren ist hier lediglich eine längst fällige Anpassung an formalrechtliche Realitäten. Um dem Ganzen mehr Substanz zu geben und Entwicklungsmöglichkeiten zu manifestieren, sind Ziele des Handlungskonzeptes, der Arbeitskreis, eine Selbstverpflichtung zur Umsetzung des Handlungskonzeptes, Information und Aufklärung, die Beseitigung von Ursachen, die Ausbildung und Unterstützung von Suchtkrankenhelfern und die Schulungsmaßnahmen im Konzept festgeschrieben. Wie sich jedoch bereits gezeigt hat, war Qualität auf diesem Weg nicht zu sichern. Die Arbeit des Arbeitskreises wurde auf Anordnung des Präsidenten eingestellt. Weitere Schulungen für Vorgesetzte wurden nicht durchgeführt und Suchtkrankenhelfer nicht ausgebildet. Die im Feb. 1997 zwischen dem Kanzler und dem Personalrat verabschiedete Dienstvereinbarung enthält den Stufenplan und Ausführungsanweisungen. Alle anderen Teile des Handlungskonzeptes sind nicht in die Vereinbarung aufgenommen, sondern lediglich als "Richtlinie" empfohlen worden. Immerhin gilt diese Dienstvereinbarung nicht für die Professoren. Ihnen wird freigestellt, sich per schriftlicher Willenserklärung in die gleiche Rechtsposition zu begeben wie alle anderen Mitarbeiter der Universität.¹

Die traditionellen Alkoholpräventionsprogramme, wie im Teil II beschrieben, greifen nicht. Das Engagement und die Aufmerksamkeit muß in erster Linie der Primärprävention gelten. Ansatzpunkt muß meines Erachtens die strukturelle Primärprävention sein, also die Organisation unter Berücksichtigung der besonderen Organisationsmerkmale der Universität. Das Thema (Alkoholprävention), die Organisation und die in ihr arbeitenden Menschen müssen sich zueinander entwickeln. Während der Projektphase habe ich mich intensiver mit der Methode der Organisationsentwicklung beschäftigt. Zu einer Zeit, als die Entwicklung des Projektes stagnierte und im Arbeitskreis resignative Stimmung herrschte, bot sich durch den Kerngedanken der Organisationsentwicklung, Schwierigkeiten so zu transformieren, daß sie als Herausforderung verstanden werden, ein Perspektivwechsel an. Der folgende Teil dieser Arbeit ist als Versuch und

¹ Da das Forschungsprojekt zum Zeitpunkt der Verabschiedung bereits abgeschlossen war und von dieser Dienstvereinbarung kein neuer Erkenntnisgewinn ausgeht, besteht keine Notwendigkeit, sich ausführlicher damit auseinanderzusetzen.

Angebot zu verstehen, die betriebliche Alkoholprävention an Universitäten und Hochschulen aus einer anderen Perspektive zu betrachten.

TEIL IV Alkoholprävention durch Organisationsentwicklung

Bei der Implementierung von betrieblichen Alkoholpräventionsprogrammen geht es um Veränderungsprozesse, die ihren Ansatzpunkt im Wissen um pathogenetische Muster haben, deren Umsetzung sich aber auf Organisationen beziehen. Ein Perspektivwechsel fordert von uns ein Wissen um die Struktur von Organisationen und den Ablauf von Veränderungsprozessen. Meinen wir es mit der Verhältnisprävention ernst, bedeutet das, „... einen neuen Wert in ein an sich ‘geschlossenes System’ einzubringen und die Prozesse, die sich daraus ergeben, zu begleiten, nicht zu steuern. Es bedeutet auch, die Logik dieser Systeme zu akzeptieren, auch wenn sie uns zunächst arg fremd erscheinen mögen“ (KICK-BUSCH in: PELIKAN u.a., S. 9, 1993). Um diese Betrachtungsweise besser nachvollziehen zu können, beginne ich mit theoretischen Ausführungen zur Organisation Hochschule im Speziellen und zur Organisationsentwicklung im Allgemeinen. Hilfreich ist es auch, sich noch einmal die Ausführungen zur Organisationskultur der Universität zu vergegenwärtigen. Die Ausführungen werden verdeutlichen, daß sich eine Verbindung betrieblicher Alkoholprävention mit der Organisationsentwicklung geradezu anbietet. Im Menschenbild, in den Methoden und auch im Vorgehen finden sich viele Gemeinsamkeiten. Die Perspektive ist eine Andere: Der Blick geht nicht vom Tal zum Gipfel, sondern vom Gipfel ins Tal.

1 Theoretischer Bezugsrahmen

1.1 Organisation Hochschule

Die Organisationstheorie gibt es nicht. Der Forschungsbegriff ist Gegenstand interdisziplinärer Forschung von Soziologie, Politikwissenschaft, Wirtschaftswissenschaft, Psychologie, Ingenieurwissenschaft und Pädagogik (vgl. KIESER 1981, S. 1). Als Organisationsbegriff soll hier der in der Organisationssoziologie gebräuchliche institutionale Organisationsbegriff verwendet werden, der zur Kennzeichnung von Institutionen wie Unternehmen, Behörden, Parteien und auch Universitäten herangezogen wird. Eine Organisation ist danach ein soziales System, das langfristige Ziele verfolgt, zu deren Realisierung die Mitglieder der Organisation und Sachmittel eingesetzt werden. Organisationen besitzen eine formale Struktur, die sie von anderen sozialen Systemen unterscheidet (vgl. HILL 1974, S. 437). Die Struktur der Organisation wird dabei sowohl von Einflüssen der organisatorischen Umwelt, die als extern vorgegebene Rah-

menbedingungen auf die Struktur einwirken, als auch von der internen Ausgestaltung des vorhandenen organisatorischen Freiraums durch Regelungen, die von den Organisationsmitgliedern getroffen werden, bestimmt. Schaper meint, daß Universität demnach als ein soziales System zu verstehen ist, „... das neben der Zielgerichtetheit und Strukturiertheit auch durch seine Offenheit und eine komplexe Beziehungsstruktur zur Umwelt gekennzeichnet ist“ (ebd. 1992, S. 18). OEHLER wird in seinem Aufsatz, „die Organisation der Hochschule“ (in: GOLDSCHMIDT u.a. 1984, S.54) noch konkreter. Vorherrschende Kriterien der Definition von Bürokratie, die zum Teil auf die bekannte Definition von MAX WEBER zurückgeht, lassen sich seiner Meinung nach nicht unmittelbar auf die Hochschule anwenden. „Das gilt etwa für die Begriffe der Professionalität, der Arbeitsteiligkeit, der Regelförmigkeit, auch der Normativität. Forschungs- und Lehr- / Lernprozesse lassen sich auch in ihren organisatorischen Rahmenbedingungen nicht nach dem Modell des bürokratisierten Verwaltungshandelns und der auf ihm beruhenden Entscheidungsfindung abbilden. Denn sie sind interdependent, nicht im Strengen arbeitsteilig; sie sind nicht eigentlich professionell, sondern durch zu erwerbende und auch verlierbare Kompetenz bestimmt; sie sind nicht regelförmig, sondern in ihrer Substanz innovativ. Sie bringen nicht Normen zur Anwendung, sondern stellen jeweils gerade die methodischen und systematischen Voraussetzungen normierten Handelns im Erkenntnisfortschritt in Frage und definieren es gegebenenfalls neu“ (ebd. S. 54). Die Grundstruktur der Hochschulen verbietet es nach Ansicht von OEHLER auch, die vielfältigen heterogenen Aufgaben entsprechend der Einteilung von Leistung des Wirtschaftssystems mit dem Dienstleistungsbegriff oder Kategorien der Betriebssoziologie zu analysieren. Seiner Meinung nach sei unklar, „...wer es ist, der Dienste erbringt, wenn Hochschullehrer und Studierende zusammenarbeiten, inwieweit der wissenschaftliche Verständigungsprozeß den Charakter einer abrufbaren Dienstleistung hat, wie die Leistungen der Hochschule auf die jeweiligen Empfänger bezogen werden und den Ressourceneinsätzen zugeordnet werden können“ (in: GOLDSCHMIDT u.a. 1984, S. 54).

Bezogen auf die Frage, wieso die in der Privatwirtschaft lange erkannten persönlichen und betrieblichen Folgen des Alkoholmißbrauches nicht auch an Universitäten und Hochschulen zu entsprechenden Regelungen führen, referierte SCHULZ: „Für diese zögerliche Entwicklung im öffentliche Dienst ist sicher entscheidend, daß der Staat nur in den seltensten Fällen verpflichtet ist, seine Arbeit nach wirtschaftlichen Kriterien zu organisieren, es gibt keine Konkurrenz und keine Gefahr, konkurs zu gehen. Starre Haushaltsplanungen und lange Dienstwege lassen nur wenig Spielraum für neue Ideen und für Experimente“ (ebd. 1990, S. 6). Für ein Alkoholpräventionsprogramm ist es also von entscheidender Bedeutung, daß die Handlungsziele und Effizienzkriterien der Hochschule

nicht von außen vorgegeben sind, „... sondern von ihnen selbst entwickelt oder doch konkretisiert werden müssen“ (OEHLER 1984, S. 54) OEHLER schlägt deshalb vor, die Leistungen der Hochschule und deren Effizienz als Organisation spezifisch aus ihrer Grundstruktur, der Verbindung von Forschung und Lehre sowie besonderer Dienstleistungen, abzuleiten. Diese Selbstbestimmung von Zielen und Effizienz, auf die ich mich bei der Implementierung von Alkoholprävention am Arbeitsplatz Hochschule beziehen könnte, steht jedoch noch aus.¹

Abschließend sei noch einmal festgestellt, daß die Hochschule „... ein Verbund von Personen und Sachen ist, der im Rahmen staatlich vorgegebener konstituierender Organisationsregeln selber Entscheidungsstrukturen generiert, um systematisch Erkenntniszuwachs für Fachdisziplinen zu sichern und auf dieser Grundlage Qualifikationen für wissenschaftliche Bildung und berufliches Handeln durch selbstgesteuerte Lehr- / Lernprozesse zu erzeugen sowie andere wissenschaftsbezogene Leistungen zu erbringen“ (OEHLER 1984, S. 54).

1.2 Organisationsentwicklung

Das Konzept der Organisationsentwicklung (OE) soll hier nicht in seiner ganzen Ausführlichkeit dargestellt werden,² weil es nicht um die globale Organisationsentwicklung der gesamten Organisation Universität geht, sondern um die Berücksichtigung wichtiger Teilaspekte der OE bei der Konzeptionierung und der Implementierung von Alkoholprävention.

Der Begriff Organisationsentwicklung ist abgeleitet von dem amerikanischen „Organization Development“. „OE ist ein neuer Weg zur Entwicklung von Organisationen, z.B. eines Industrieunternehmens, mit dem Ziel einer aktiven und flexiblen Anpassung an die Herausforderungen einer sich ständig wandelnden Umwelt. Es ist eine Entwicklung im Sinne höherer Wirksamkeit der Organisation und größerer Arbeitszufriedenheit der beteiligten Menschen“ (BECKER / LANGOSCH 1990, S. 2). Erste Ansätze von OE gehen auf Maßnahmen zurück, die vor über 30 Jahren von emi-

¹ Erste Ansätze in diese Richtung sind zu erkennen. So zum Beispiel in Niedersachsen die angelaufene Evaluation von Hochschulen mit den Zielen der Qualitätssicherung und –verbesserung in Lehre und Studium und der Rechenschaftslegung über Lehrleistungen. Hochschulorganisationsforschung wird immer wieder thematisiert, sie ist aber nicht institutionalisiert. Ergebnisse vorhandener Projekte werden meist nur in Fachorganen publiziert. Eine überregionale Information oder gar Kooperation existiert nur in Ansätzen.

² Um nicht vom eigentlichen Thema der Arbeit abzuweichen, wird nicht auf die unterschiedlichen OE – Konzepte eingegangen. Als Vertiefung sei hier verwiesen auf G. FATZER 1988, G. FATZER (Hrsg.) 1993, H. BECKER u. I, LANGOSCH 1995, J.M. PELIKAN u. a. (Hrsg.) 1993.

grierten deutschen Sozialwissenschaftlern in den USA ergriffen wurden.¹ Ziel dieser Maßnahmen war es, Mitglieder von Organisationen in die Lage zu versetzen, ihre Probleme selbst zu erkennen, die zwischenmenschlichen Beziehungen zu erproben und Bedingungen zu gestalten, die den eigenen Bedürfnissen und den Leistungsanforderungen der Organisation angemessen sind. FRENCH und BELL definieren OE folgendermaßen: „Organisationsentwicklung ist eine langfristige Bemühung, die Problemlösungs- und Erneuerungsprozesse in einer Organisation zu verbessern, vor allem durch eine wirksamere und auf Zusammenarbeit gegründete Steuerung der Organisationskultur – unter besonderer Berücksichtigung der Kultur formaler Arbeitsteams – durch die Hilfe eines OE-Beraters oder Katalysators und durch Anwendung der Theorie und Technologie der angewandten Sozialwissenschaften unter Einbeziehung von Aktionsforschung“ (ebd. 1977, S. 31).² Der Berater („change agent“) ist nach BENNIS (1972, S. 28) ein Verhaltenswissenschaftler, der die „menschliche Seite“ in einem Unternehmen betont. Für BECKER ist OE ein neues Konzept und ein „... Sammelbegriff für den koordinierten Einsatz sozialwissenschaftlicher Erkenntnisse und Methoden in Organisationen, um diese durch die in ihnen tätigen Menschen und damit auch die Arbeit dieser Menschen selbst humaner und effektiver zu machen“ (ebd. 1990, S. 6).

Die Implementierung betrieblicher Suchtpräventionsprogramme in Wirtschaftsunternehmen zeigte nicht selten bestehende Schwierigkeiten in der Organisation, im Informationsfluß und in der Zusammenarbeit der Menschen auf. Besonders von den Führungskräften der unteren Hierarchie-Ebenen wurden Probleme angesprochen, die bisher aus unterschiedlichen Gründen in ihrem Unternehmen verdrängt, vertuscht oder totgeschwiegen wurden. Das top down beschlossene Suchtpräventionsprogramm zog durch den Dialog mit allen Führungskräften und die Unterstützung der externen Berater weitere Kreise und führte bottom up nicht selten zu einem Organisationsentwicklungsprozeß mit den Schwerpunktthemen: Personalführung, Fehlzeiten, Mitarbeitergesprächsführung, Kommunikation. Suchtprävention kann also durchaus als ein Indikator für innerbetriebliche Schwierigkeiten und Reibungsverluste gesehen werden. Ich stellte fest, daß Organisationen ein ähnliches Problemlösungsverhalten wie alkoholabhängige Menschen haben: Sie verleugnen, sie verharmlosen, sie relativieren und sie projizieren. Veränderungen werden erst vollzogen, wenn die Belastungen durch Innen- oder Außendruck zu groß werden. In den letzten Jahren müssen Wirtschaftsunternehmen und

¹ Auf historische Quellen und die Entwicklung im Einzelnen will ich nicht eingehen. Ich verweise hierzu auf einen Aufsatz von ED C. NEVIS in: FATZER, G. (Hrsg.) 1993.

² Weitere Definitionen finden sich u.a. bei: BENNIS, G. W. 1972, S.26 f; GOE e.V. 1980; FATZER, G. (Hrsg.) 1993, S. 13 ff.

auch Verwaltungen vermehrt auf veränderte Konstellationen in der Umwelt reagieren. Z. B. wird von öffentlichen Einrichtungen trotz immer knapper werdender finanzieller Ressourcen mehr kundenorientierte Dienstleistung für den Steuerzahler gefordert. Die Anpassung an diese Konstellationen, die mit neuen Anforderungen verbunden sind, wird erschwert durch die relative Starrheit vieler Organisationen, die nach bürokratischem Muster strukturiert sind. Die Organisationsstruktur prägt das Verhalten der in ihr tätigen Menschen. Notwendige Innovation und Kooperation wird verhindert. Sie sind jedoch Voraussetzung für ein wirkungsvolles Funktionieren der Organisation im Hinblick auf die sich ständig verändernden Umweltkonstellationen. Für BECKER (s. 1990, S. 7) schließt sich hier ein Teufelskreis, den es mit Hilfe der OE zu durchbrechen gilt.

OE geht nicht nur auf die schon erwähnten institutionellen Probleme einer Organisation ein, sondern auch auf die individuelle Ebene. Als drei gewichtige Probleme unserer Zeit bezeichnet BECKER (s. 1990, S. 9 ff) Desinteresse, Konkurrenzdenken und Existenzangst. Er beklagt meines Erachtens durchaus zutreffend fehlendes Engagement in Betrieben, Schulen und Hochschulen. Der Numerus Clausus ist für ihn ein Chiffre für dieses Symptom. „Die Einsatzbereitschaft, der Mut, eine Sache voll verantwortlich zu übernehmen, weil man sie für sinnvoll hält, diese Leistungsbereitschaft hat nachgelassen. Die Freude an der Arbeit ist geringer geworden“ (BECKER / LANGOSCH 1990, S. 9). HÖHN (1983) spricht in diesem Zusammenhang von der „inneren Kündigung“. Das zweite von BECKER angesprochene Problem betrifft die fehlende Bereitschaft zur Kooperation, zur fairen und vertrauensvollen Zusammenarbeit. Eine Organisation mit einem erheblichen Selbstverwaltungsanteil wie die Universität scheint für Konkurrenzdenken mit ausgeprägter Ich – Profilierung, mit starken Absicherungstendenzen und verkrampftem Taktieren statt offener Kommunikation, besonders anfällig zu sein. Und das, obwohl die Notwendigkeit zur Zusammenarbeit immer dringender wird. Neben der formellen Macht- und Entscheidungsebene gibt es an Hochschulen eine sehr ausgeprägte informelle. Persönliches Engagement, besonders bei einem so ambivalent besetztem Thema wie Alkoholmißbrauch, kann durchaus zum Bumerang werden: So mußte sich ein Professor an einer Hochschule vorwerfen lassen, er überzeichne das Alkoholproblem, um Zuschüsse für sein Institut zu erhalten. Wer sich für die Implementierung von Alkoholprävention am Arbeitsplatz Hochschule einsetzt, muß mutig und / oder unabhängig sein. Damit wäre ich bei dem dritten von BECKER beschriebenen Problem, der Existenzangst. „Die Angst, nicht man selbst, sondern Opfer der Umstände zu sein, ... erklärlich als ein Reflex auf die von den beherrschenden Institutionen verordnete Ohnmacht. Das Gefühl der Ohnmacht ist gekoppelt mit einer Verunsicherung der eigenen Identität, einer gewissen Orientierungslosigkeit. Woran soll man sich halten, wo

beinahe nichts mehr Bestand hat, ein Gefühl, nahe verwandt dem Erleben der Sinnlosigkeit überhaupt. Da ist es kein Wunder, wenn Ausflüchte gesucht werden (Alkohol, Drogen, Flucht in Religiosität, in Sekten)” (BECKER / LANGOSCH 1990, S. 10). Bemerkenswert finde ich den Hinweis von BECKER auf die Ambivalenz der beschriebenen Problemsymptome: Dem Desinteresse entspricht eine untergründige Sehnsucht nach Engagement. Der Wunsch, ein Ziel zu haben, für das sich der Einsatz lohnt. Hinter dem Konkurrenzverhalten steht seiner Meinung nach die verborgene Sehnsucht nach Gemeinschaft und Gemeinsamkeit. Die Entsprechung der Existenzangst ist der Wunsch nach festem Halt, nach Orientierung, nach einem Sinn des eigenen Tuns, Handelns und Seins: Wozu bin ich überhaupt da? Wofür arbeite ich? Wofür lebe ich überhaupt? Diese Grundbedürfnisse menschlichen Seins und menschlichen Miteinanders treffen auf Arbeitsbedingungen, die sie eher verdrängen als fördern. Somit würde die Aussage von MARX, Arbeit sei entfremdete Tätigkeit, nach wie vor stimmen. Die Arbeitssituation, in der jemand lebt, prägt den Menschen. Ziel der OE ist es, diese Entfremdung durch Partizipation aufzulösen. „Es kommt darauf an, die Arbeitssituation in eine Lernsituation zu verwandeln. Der entscheidende Gesichtspunkt ist der, daß die Änderungsbedürfnisse einer Organisation und die Lernbedürfnisse ihrer Mitglieder kontinuierlich ineinandergreifen und einander verstärkend wirksam werden” (BECKER / LANGOSCH 1990, S. 12). Der OE – Prozeß hat zwar einen Anfang, aber kein Ende: Der Weg ist das Ziel!

1.2.1 Ziele

Wie schon ausgeführt, besteht das Ziel der OE darin, die Organisation an veränderte Umweltbedingungen anzupassen und sie leistungsfähiger zu machen.¹ Nach BECKER (1995, S. 15) ist die Zielsetzung einerseits nach außen gerichtet: Die Zielsetzung ist fast identisch mit dem Unternehmenszweck. Bei Non–Profit–Unternehmen also mit der Erbringung bestimmter Dienstleistungen, die z.B. zum Wohlergehen, der Gesundheit oder der Bildung von Menschen beitragen. Andererseits ist die Zielsetzung der OE auch nach innen gerichtet: Auf die Menschen, die in dieser Organisation arbeiten. FATZER (s. 1993, S. 22 f) spricht von der doppelten Zielsetzung: Leistungsfähigkeit und Verbesserung der Qualität des Arbeitslebens. Eine wesentliche Grundannahme der OE ist, daß es keinen Zielkonflikt gibt zwischen der hohen Effektivität einer Organisation und den guten Arbeitsbedingungen für die Menschen. Beide Ziele sind gleichrangig und interdependent. „Ohne Produktivität gibt es keine menschlich befriedigende Arbeitswelt und ohne zufriedene und enga-

¹ Nach den Vorstellungen von Bundesbildungsminister Jürgen Rüttgers zielt die geplante Hochschulreform darauf ab, mehr Wettbewerb und Leistung an Universitäten durchzusetzen (Landeszeitung vom 20.08.1996).

gierte Mitarbeiter gibt es, zumindest längerfristig, keine Produktivität in der Wirtschaft" (BECKER / LANGOSCH 1995, S. 16). In der Realität mangelt es jedoch nicht an Konflikten zwischen den beiden Zielen. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht liegt der Interessengegensatz auf der Hand: Das, was für die Mitarbeiter eine gute Bezahlung für gute Arbeit ist, sind für das Unternehmen Kosten. Nicht ohne Grund wird vom „Tarifkonflikt“ gesprochen. FATZER (s. 1993, S. 15) meint, daß OE nicht nur eine Veränderung, sondern eine Transformation in Unternehmen bewirken sollte. Als mögliche Zielsetzungen werden von ihm neben konkreten Problemlösungen auch Ziele genannt wie:

- Die Organisation innovativ und lernfähig machen,
- die Kultur der Organisation analysieren und verändern,
- defensive Routinen der Organisation bewußt machen und verändern,
- einen guten „fit“ zwischen Technologie und der Organisation zustande bringen, so daß nicht das eine das andere dominiert oder ausschließt,
- Führungsverantwortliche zu befähigen,
- Management von Komplexität, von Interdependenz und von ständigem Wandel zu betreiben,
- interkulturell sensibel zu werden (vgl. FATZER, 1993 S. 17).

Seiner Meinung nach verlangt die Transformation der Gesamtorganisation einen Paradigmenwechsel¹, „... d.h. fundamentale Veränderungen in der Art und Weise, wie das System funktioniert. Neben strategischen, strukturellen und prozeßmäßigen Veränderungen sind also Kulturveränderungen und Veränderungen des *mind sets* notwendig“ (FATZER 1993, S. 20).

In der Realität erfüllen die wenigsten OE–Prozesse diese umfangreichen Zielsetzungen. Mit der Alkoholprävention kann nicht gewartet werden, bis die Transformation der Gesamtorganisation so weit fortgeschritten ist, daß die Implementierung eines Handlungskonzeptes ein ‘Selbstgänger’ wäre. Umgekehrt ist nicht davon auszugehen, daß die Alkoholprävention eine Transformation der Organisation bewirkt, obwohl gesagt werden muß, daß aus systemischer Sicht jede Veränderung eines Teilsystems auch immer eine Veränderung des Gesamtsystems ist.²

Festzuhalten bleibt, daß das wesentliche Ziel der OE darin liegt, den Gegensatz zwischen Individuum und Organisation in der Form abzubauen, daß sie beiden nützt. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Art und

¹ Zum Paradigmenwechsel siehe Th. S. Kuhn: Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. 11. revid. und ergänzte Auflg., Frankfurt / Main 1991.

² In meiner Beratertätigkeit habe ich es zweimal erlebt, daß über die anfängliche Auseinandersetzung mit dem Alkoholproblem einzelner Mitarbeiter ein mehrjähriger Prozeß eingeleitet wurde, der zur Veränderung von Trinkkultur, Arbeitszufriedenheit, Arbeitssicherheit sowie Führungskonzepten und Führungsverhalten führte.

Weise, wie das geschieht. „Unter Wissenschaftlern und Praktikern, die sich mit OE eingehend beschäftigen, gibt es Meinungsunterschiede in der Antwort auf die Frage, was denn das wichtigste Merkmal von OE sei – das Ziel (Inhalt) oder die Vorgehensweise (Methode)“ (BECKER / LANGOSCH 1990, S. 16f). Die Ausgeglichenheit zwischen dem Was und dem Wie ist für einen erfolgreichen OE-Prozeß durchaus von Bedeutung: Wer sich nur auf die Ziele einläßt, läuft Gefahr, die partizipative Vorgehensweise zu vernachlässigen. Wer den Prozeß als Selbstzweck nutzt und die Ziele aus dem Auge verliert, geht das Risiko ein, die Organisation entscheidungsunfähig und unproduktiv zu machen.

Eine weitere Grundannahme der OE ist die wechselseitige Abhängigkeit zwischen dem Verhalten der Menschen und den Verhältnissen, in denen sie leben. OE geht davon aus, daß sich jede Veränderung in einem Lernprozeß vollzieht. Verhalten und Verhältnisse stehen in dialektischer Beziehung: Verhaltensveränderung ändert Verhältnisse, veränderte Verhältnisse ändern Verhalten. Diese Veränderungen vollziehen sich in der Zeit. OE ist ein dynamischer Prozeß, „... die Zielsetzung intendiert bereits eine bestimmte Vorgehensweise. Und die Vorgehensweise beeinflusst rückwirkend die Zielsetzung“ (BECKER / LANGOSCH 1990, S. 20). In Anlehnung an Merkmale des innovativen Lernens ,wie sie in den achtziger Jahren im Bericht es Clubs of Rome beschrieben wurden, formuliert BECKER drei Subziele für die OE:

1. Antizipation

Die Ausrichtung aller Bemühungen zur Lösung der Probleme an den Anforderungen der Zukunft. Antizipation ist die Fähigkeit, sich neuen, möglicherweise noch nie dagewesenen Situationen zu stellen.

2. Partizipation

Die aktive Mitwirkung der Betroffenen an allen Problemen, die ihre betriebliche Arbeit betreffen. Partizipation ermöglicht besseres Verständnis, Identifikation und Zugehörigkeit.

3. Emanzipation

Die wachsende Mündigkeit der Beteiligten durch den gemeinsamen Lernprozeß im Sinne von verantwortungsbewußter Selbst- und Mitbestimmung. Gesellschaftliche Autonomie und kulturelle Identität.

1.2.2 Anthropologische Grundannahmen

Darauf, daß die Wurzeln der OE einerseits im amerikanischen Pragmatismus, dessen philosophische Wurzeln im wesentlichen auf JOHN DEWEY zurückgehen und andererseits in bestimmten Annahmen und Wertvorstellungen im Menschenbild der Humanistischen Psychologie liegen, wurde schon hingewiesen. BECKER (vgl. 1995, S. 21f) hat die wesentli-

chen Annahmen nach HUSE (1975) und in Anlehnung an FRENCH und BELL (1973) wie folgt zusammengestellt:

Annahmen über den einzelnen als Individuum

1. Die meisten Menschen in unserer Gesellschaft haben das Bedürfnis nach Entwicklung und das Bedürfnis, sich selbst zu verwirklichen.
2. Die meisten Menschen haben das Bedürfnis nach mehr Verantwortung und haben ein echtes Interesse daran, einen größeren Beitrag zur Realisierung der Ziele einer Organisation zu leisten als ihnen normalerweise in der Organisation eingeräumt wird.¹

Annahmen über den einzelnen in Gruppen

1. Gruppen haben grundsätzlich eine große Bedeutung für den einzelnen, wobei die Arbeitsgruppe in besonderem Maße für die Befriedigung von Bedürfnissen in Frage kommt.
2. Arbeitsgruppen sind in der Regel neutral. Sie können jedoch je nach Lage besonders dienlich und nützlich, aber auch negativ und schädlich für eine Organisation sein.
3. Kooperatives anstelle von kompetitivem Verhalten kann sehr wesentlich die Effizienz von Arbeitsgruppen erhöhen. Der formale Führer einer Gruppe kann nicht alle Führungsfunktionen zu jeder Zeit und in allen Situationen ausüben. Die Mitglieder einer Gruppe können ihre Effizienz erhöhen, wenn sie sich gegenseitig unterstützen.

Annahmen über den einzelnen in Organisationen

1. Da man eine Organisation als System begreifen muß, haben die Änderungen in einem Teilsystem Auswirkungen auf andere Teilsysteme.
2. Das Verhalten von Mitarbeitern in einer Organisation wird von ihren Emotionen und Einstellungen beeinflusst. Das Klima bei den meisten Organisationen läßt jedoch nicht zu, daß man seine Emotionen und Gefühle zum Ausdruck bringt. Die Unterdrückung von Emotionen wirkt sich nachteilig auf die Arbeit im Unternehmen und auch auf die eigene Entwicklung aus.
3. In den meisten Organisationen ist der Grad der gegenseitigen Unterstützung und Zusammenarbeit sowie des gegenseitigen Vertrauens wesentlich geringer als es notwendig und wünschenswert ist.
4. Obwohl Gewinner–Verlierer–Strategien für manche Situationen als geeignet erscheinen, sind die meisten Gewinner–Verlierer–Situationen für

¹ MASLOW (1973) weist darauf hin, daß erst Grundbedürfnisse des physiologischen Überlebens gesichert sein müssen, bevor sich der Mensch psychologischen oder sogenannten „höheren“ Bedürfnissen wie der Selbstverwirklichung zuwenden kann.

die Mitarbeiter und für das Unternehmen in gleicher Weise als nachteilig einzuschätzen.

5. Viele Konfrontationen und Zusammenstöße zwischen einzelnen Mitarbeitern und Gruppen im Unternehmen werden durch die Art und Weise des Organisationsaufbaus und des Organisationsablaufs verursacht und weniger durch die davon betroffenen Mitarbeiter.
6. Wenn die Emotionen der Mitarbeiter als wichtige Daten akzeptiert werden, ergeben sich neue Möglichkeiten für Kommunikation, Zielsetzung und der Zusammenarbeit zwischen Gruppen und der Arbeitszufriedenheit des Einzelnen.
7. Wenn zur Lösung von Konflikten eine offene Aussprache gewählt wird, ergibt sich daraus ein positiver Effekt sowohl für die Entwicklung des einzelnen als auch für die Erreichung der organisatorischen Ziele.
8. Struktur und Ablauf einer Organisation sowie die Gestaltung des Arbeitsfeldes können so modifiziert werden, daß sie den Bedürfnissen des einzelnen, einer Gruppe und der gesamten Organisation eher entsprechen.

Das Konzept, die Ziele und das Menschenbild der Organisationsentwicklung sind kompatibel mit den Ansätzen der betrieblichen Alkoholprävention. Verhalten und Verhältnisse werden im Zusammenhang gesehen. Der Ansatz der OE bleibt nicht auf den einzelnen beschränkt, sondern erfaßt ganze Gruppen und Organisationen. Die Universität mit ihrer Grundstruktur, der Verbindung von Forschung und Lehre sowie besonderer Dienstleistungen, hat Ressourcen, die genutzt werden können, um Handlungsziele und Veränderungsprozesse aus sich selbst heraus zu entwickeln. Die Alkoholprävention kann neben Qualitätsverbesserung und –sicherung ein Initialthema, und die Organisationsentwicklung kann die Methode zur Steuerung dieser Entwicklung sein. Der Weg dorthin ist sicher noch weit, aber im Sinne der OE sehe ich darin eine Herausforderung.

2 Überlegungen zum Aufbau und Ablauf eines Alkoholpräventionsprogrammes für Universitäten und Hochschulen

Grundlage sind die in der vorliegenden Arbeit dargelegten Erkenntnisse über die Suchtentwicklung und hier insbesondere der multifaktorielle Ansatz, die Bedeutung co-abhängigen Verhaltens aus systemischer Sicht, die Erfahrungen mit Programmen betrieblicher Alkoholprävention und die durch das Forschungsvorhaben gewonnene Erkenntnis, daß die Besonderheiten der Universitäten und Hochschulen die Entwicklung eines

eigenen oder zumindest sehr modifizierten Alkoholpräventionsprogrammes erforderlich machen.

Im folgenden wird unter Berücksichtigung der OE-Kriterien gemeinsames Problembewußtsein, Mitwirkung eines Beraters, Beteiligung der Betroffenen, Klärung von Sach- und Beziehungsproblemen, erfahrungsorientiertes Lernen, prozeßorientiertes Vorgehen und systemumfassendes Denken ein Alkoholpräventionsprogramm skizziert. Es handelt sich um einen Entwurf, der keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Vielmehr will ich dazu anregen, neue Ideen zu denken und neue Wege auszuprobieren. Die gesamtgesellschaftliche Situation ist gekennzeichnet durch rasant fortschreitende Veränderungsprozesse. Dieser Entwicklung können sich auch die Hochschulen nicht verschließen. In Zeiten wirtschaftlicher Rezession haben soziale Themen eher nachrangige Bedeutung, obwohl sie aufgrund der entstehenden sozialen Probleme vorrangig behandelt werden müßten. Zu Moralisieren und sich dabei im Recht zu wissen, aber im Handeln zu resignieren, nützt der Sache wenig. Wir dürfen nicht nur auf Veränderungen reagieren, sondern müssen selbst agieren. Fähigkeiten wie Frustrationstoleranz, Ausdauer und Flexibilität sind dabei gefragt. Die Organisationsentwicklung regt an, diese Fähigkeiten zu erwerben, denn solange die Organisation sich nicht entwickelt, entwickeln wir uns und mit uns entwickelt sich die Organisation.

Das Vorgehen orientiert sich, wie der Forschungsprozess des Pilotprojektes, an der Aktionsforschung und ist planmäßig und prozeßorientiert. Planmäßig, weil sich das Vorgehen methodisch in vier Schritten vollzieht: Initialphase, Planungsphase, Handlungsphase und Auswertungsphase. Prozeßorientiert, weil sich die Umwelt in ständigem Wandel befindet und Mensch und Organisation sich in einem ständigen Prozeß den Veränderungen anpassen müssen. Fehlen Einsicht und Fähigkeit, reagieren Mensch und Organisation neurotisch¹: Sie reagieren mit alten Verhaltensmustern auf neue Bedingungen und produzieren permanent Mißerfolge. Diese Mißerfolge leiten dann zukünftiges Handeln oder aus Frustration auch Nicht-Handeln.

Das dem hermeneutischen Zirkel (oder noch passender der hermeneutischen Spirale²) vergleichbare Vorgehen, bei dem es im Wesentlichen durch den Theorie-Praxis-Theorie Transfer um das 'höhere Verstehen' geht, hat sich m. E. bewährt und soll hier wieder aufgegriffen werden. Die Implementierung von Alkoholprävention durch OE impliziert allerdings

¹ Der Gestalttherapeut Fritz Perls (1982) sah in der mangelnden Anpassungsfähigkeit von Menschen an veränderte Umweltbedingungen eine wesentliche Ursache für neurotische Verhaltensweisen.

² Spirale finde ich deshalb passender als Zirkel, weil mit jeder neuen Phase das Wissen und die Kompetenz zunimmt. Vgl. DANNER (1979, S. 54)

nicht Werte wie das 'höhere Verstehen', sondern Hilfeprogramm, Veränderung der Trink- und Organisationskultur, der Arbeitszufriedenheit und permanentes Lernen. Was in der Hermeneutik verstanden werden soll, wird nur auf dem Hintergrund des Vorverständnisses verstanden. Oder umgekehrt, ohne Vorverständnis kein Verstehen. Diese Logik findet sich auch in dem folgenden Entwurf: Es muß eine Vorstellung, eine Planung, eine Zieldefinition von dem geben, was gemacht werden soll. Die Spirale sähe demnach folgendermaßen aus:

Planung – Zieldefinition – Handeln / Implementieren – Reflektieren – Planung – Zieldefinition – Handeln / Implementieren – Reflektieren – usw.

Nach den Erfahrungen aus dem Pilotprojekt sollten Planungs- und Zielüberlegungen nicht erst in der Planungsphase, sondern programmatisch mit einer Initialphase, in der den informellen Kontakten und Beziehungen besondere Aufmerksamkeit zukommt, beginnen, um das Projekt gut vorzubereiten. Wesentliche Kriterien der OE wie die Mitwirkung eines Beraters, die Trennung von Sach- und Beziehungsebene, das ganzheitliche Lernen und zielgerichtetes Vorgehen, werden in dieser Phase bereits eingeführt.

In der Planungsphase dienen die ersten Schritte der Problem- und Situationserfassung. Durch Analysetechniken wie der gezielten Befragung und der sogenannten Kartenabfrage kann die Problembeschreibung präzisiert werden. Für die OE ist es wichtig, daß nicht bloß eine ungegliederte Anhäufung von Informationen zustande kommt, sondern sie so zu integrieren, daß ein Gesamtbild, ein Modell der Realität (vgl. DÖRNER 1995) entsteht. Nur so läßt sich Wichtiges von Unwichtigem trennen und man bekommt eine Idee davon, wie die Dinge zusammenhängen.

Sind die Probleme evaluiert, folgt die Planung der nächsten Schritte. Der festgestellte Ist – Zustand ist meist eine Abweichung vom Soll – Zustand. Es ist deshalb notwendig, die Soll – Vorstellungen transparent zu machen, d. h. es müssen Ziele formuliert werden¹. Für die Kreativität ist es förderlich, unterschiedliche Abstraktionsniveaus von Zielformulierungen zu ermöglichen. Hier sind durchaus Visionen gefragt, die dann auf Richt-, Grob- und Feinziele heruntergebrochen werden können. Je abstrakter ein Ziel ist, desto mehr kann es von verschiedenen Seiten interpretiert werden. Bei der Zielbewertung ist die Festlegung von Prioritäten für die Problembearbeitung bedeutsam.

Bei der Entwicklung von Lösungsansätzen werden bevorzugt kreative Verfahren angewandt, um lineare Denk- und Handlungsmuster aufzulösen. „Innovationen werden nur dann möglich sein, wenn neue Erkenntnis-

¹ Zur Bedeutung von Zielen bei der Planung von Veränderungsstrategien komplexer Situationen vgl. DÖRNER 1995, S. 74 ff.

se gewonnen werden oder schon bekannte Ideen in neuen Kombinationen wirksam werden können (divergentes Denken)" (BECKER / LANGOSCH 1995, S. 55). Die erarbeiteten Lösungsansätze sind in Verbindung mit den formulierten Zielen zu bewerten. Die Entscheidung über bestimmte Lösungen und deren Umsetzung hat immer auch gruppensdynamische Bedeutung. Deshalb wird im OE – Prozeß schon bei der Planung mit gruppensdynamischen Interventionen gearbeitet, um z.B. Wahrnehmungsmuster, Vorurteile und andere Kommunikationsstörungen aufzutauen oder abzubauen. Für die Umsetzung der Lösungsansätze spielt die Zeitfolge eine wichtige Rolle. Die einzelnen Schritte zur Verwirklichung des Vorhabens und ihre Zeitfolge müssen deshalb festgelegt werden. Diese Festlegung kann bei komplexen Lösungsstrategien z.B. mit Hilfe der Netzplantechnik erfolgen.

Nach der Planung folgt die Durchführung der Maßnahmen. In dieser Phase wird im positiven Sinne deutlich, was es heißt, die Betroffenen zu Beteiligten zu machen. Denn je weniger die Betroffenen bei der Planung beteiligt werden, desto mehr Widerstände sind zu erwarten. Bei der traditionellen Organisationsberatung, aber auch bei den Konzepten der Suchtprävention war hier bisher der kritische Punkt. Die Vorschläge konnten noch so zutreffend sein und die Schlußfolgerungen aus den angestellten Untersuchungsergebnissen noch so einleuchtend sein, es tauchten in der Praxis immer wieder neue Schwierigkeiten auf, wenn die von anderen entwickelten Vorstellungen realisiert werden sollten. In der betrieblichen Suchtberatung wurden die Widerstände lange Zeit sehr einseitig als Widerstand gegen das Thema gedeutet: In einer süchtigen Gesellschaft sei die Auseinandersetzung mit der Kulturodroge Alkohol tabu. Diese Sichtweise halte ich mittlerweile für sehr verkürzt. Viele Widerstände haben etwas mit der Organisationskultur, der Entscheidungsstruktur, der individuellen Arbeitsbelastung der Vorgesetzten, Machtkämpfen oder einfach nur mit Bequemlichkeit und Gewohnheit zu tun. In der Planungsphase sollten deshalb möglichst viele Betroffene beteiligt werden. Der Zeitaufwand wird größer und der Findungsprozeß ist mühseliger. Dafür ist bei der Umsetzung mit weniger Widerstand zu rechnen.

Der letzte Schritt der Problembearbeitung ist die Auswertung. Nach den durchgeführten Aktionen müssen die Veränderungen festgestellt und mit den aufgestellten Zielen abgeglichen werden. Durch bestimmte Beurteilungsverfahren läßt sich der jeweilige Stand der Bemühungen im Hinblick auf die angestrebten Ziele festhalten. Entsprechend den Ergebnissen müssen dann Ziele überprüft und ggf. neue Maßnahmen geplant werden. Prozeßanalyse und Meta – Kommunikation sind in dieser Phase hilfreich und dann unerläßlich, wenn zwischenmenschliche Probleme aufgearbeitet werden müssen, um Störungen und Behinderungen zu beseitigen.

2.1 Initialphase

Nach meinen bisherigen Erfahrungen ist es sinnvoll, den offiziellen Beginn des Projektes informell gut vorzubereiten. Diese Vorbereitung unterscheidet sich von der Planungsphase und beginnt vor ihr. Ich messe ihr größte Bedeutung bei und behaupte sogar, daß eine erfolgreiche Implementierung eines Alkoholpräventionsprogrammes maßgeblich von dem Gelingen der Initialphase abhängig ist. An dieser Stelle möchte ich die alte Metapher vom Bauern bemühen, der die Art der Saat, den besten Zeitpunkt der Aussaat, die Düngung, die Pflege und die Ernte genauestens plante und bei günstigem Wetter unter Einhaltung seines Planes doch nur eine magere Ernte hatte. Was hatte er falsch gemacht? Er hat die Beschaffenheit seines Bodens nicht beachtet. Einem guten Bauern wird das natürlich nicht passieren. Damit es uns nicht wie dem Bauern geht und alles Notwendige bedacht und gut vorbereitet wird, schlage ich als ersten Schritt die Gründung eines Initiativkreises vor, in dem mit Unterstützung eines OE-Beraters in einer von Toleranz und Akzeptanz geprägten Atmosphäre Ziele formuliert und erste Strategien entwickelt werden.

2.1.1 Initiativkreis

Wie in dem vorgestellten Pilotprojekt kann die Initiative durch ein administrativ begründetes Interesse von der Universitätsverwaltung ausgehen. Das weitestgehende Interesse wird jedoch nicht von der Verwaltung ausgehen, sondern von dem Engagement persönlich betroffener Menschen. Der Hintergrund für diese Betroffenheit kann die eigene Alkoholabhängigkeit sein oder Suchtprobleme im Verwandten- und Freundeskreis. Geht man davon aus, daß 15 % aller Arbeitnehmer alkoholkrank oder zumindest –gefährdet sind, dann ist die Streuung der mittelbar Betroffenen recht hoch. Aus dieser Betroffenheit wächst erfahrungsgemäß die meiste Energie. Bevor eine offizielle Initiative ergriffen wird, könnten in einem Initiativkreis informelle Kontakte zwischen direkt oder indirekt betroffenen Menschen hergestellt werden. Je größer und fester dieses Netzwerk ist, desto erfolgreicher wird das Programm später sein. Für den Aufbau des Netzwerkes sollten sich die Mitglieder des Initiativkreises also Zeit lassen. Die hier investierte Zeit ist gut angelegt. Vor dem offiziellen Beginn des Projektes muß der Initiativkreis bereits in allen wichtigen Organen der Universität „Verbündete“ haben. Alle Statusgruppen sind dabei zu berücksichtigen. Die Historie zeigt, daß die Betroffenheit einzelner Menschen für die Suchtprävention eine entscheidende Ressource ist. Erfolgreich waren diese Initiativen überwiegend dann, wenn diese Menschen in einflußreichen Positionen saßen.

Eine ‘top down’ – Entscheidung wird es an Hochschulen nicht geben. Kosten oder profitrelevante Gründe spielen für eine Alkoholprävention

noch keine Rolle. Es bleibt nur der 'bottom up' – Weg und der will gut vorbereitet sein. Die frühzeitige Partizipation von engagierten Mitarbeitern vermittelt besseres Verständnis, Identifikation und Zugehörigkeit, die bei späteren Schwierigkeiten der Implementierung des Programms zugute kommt.

Mit dem Aufbau eines Initiativkreises wird eine wichtige Voraussetzung für die Einleitung eines Organisationsentwicklungsprozesses geschaffen. Da der tatsächliche Bedarf kaum zu evaluieren ist, ist die Ausgangssituation nicht unbedingt das Problem an sich, sondern das Erleben einzelner Organisationsmitglieder. In Anlehnung an humanistisch psycho-therapeutisches Vokabular wird in diesem Zusammenhang von *Betroffenheit*, *Störung* oder vom *Leidensdruck*.¹ gesprochen. Damit Betroffenheit wirksam wird, sind drei Bedingungen wichtig:

1. Über die emotionale Betroffenheit hinaus müssen die realen Problemzustände wahrgenommen werden. Betroffenheit muß über die Wahrnehmung zum *Bewußt-Sein* führen.
2. Die Betroffenheit muß ausgesprochen werden. Andere müssen mit einbezogen werden. Sie muß zu einem gemeinsamen *Problem-Bewußtsein* einer Gruppe führen.
3. Das Problem darf nicht auf andere abgeschoben werden. Es muß der Wunsch entstehen, selbstverantwortlich etwas zu verändern. „Der Veränderungsimpuls führt zu einer 'koordinierten Suchhaltung'. Das 'Was können wir tun?' und 'Wie gehen wir vor?' orientiert sich an dem, was 'ist' im Hinblick auf das, was 'sein soll'“ (BECKER / LANGOSCH 1995, S. 27).

2.1.2 Mitwirkung eines Beraters

Der Initiativkreis sollte sich so früh wie möglich um die Mitwirkung eines Beraters bemühen. Bei allen Organisationsentwicklungsprozessen kommt dem Berater besondere Bedeutung zu. Er ist ein Außenstehender, der dazu beiträgt, „... daß die Organisation und die in ihr tätigen Menschen nicht in ihren Schwierigkeiten steckenbleiben, sondern erkennen und erfahren, daß sie ihre Probleme wirklich selbst lösen können, wie sie dabei vorgehen müssen und was letzten Endes dadurch erreicht wird“ (BECKER / LANGOSCH 1995, S. 29). Der OE-Berater kommt nicht mit Lösungen, vielmehr gibt er Hilfe zur Selbsthilfe. In der Literatur wird er häufig als Moderator, Trainer oder im amerikanischen als „change agent“ bezeichnet. Er ist Fachmann für organisatorische und psychologische Probleme. Wie BECKER (s. 1995, S. 30) ausführt, ist es nicht Aufgabe des OE-Beraters, die Ratsuchenden der Mühe des eigenen Nachden-

¹ Vgl. auch FATZER (1993) und PELIKAN u.a. (1993).

kens zu entheben. Im Regelfall tut er genau das Gegenteil. „Er problematisiert die Frage, klärt Voraussetzungen, macht auf Konsequenzen aufmerksam, zeigt Zusammenhänge auf, weist darauf hin, was alles beachtet werden muß. Er wirkt wie ein Katalysator. Er wirkt weniger als Macher, eher als ‘Möglichmacher’” (BECKER / LANGOSCH 1995, S. 30). Seine Aufgabe ist des weiteren, pädagogische Situationen zu arrangieren, in denen die an den OE-Prozeß Beteiligten zu Erkenntnissen und Entschlüssen kommen, die Neuentwicklungen möglich machen. Er hat dafür Sorge zu tragen, daß die zu Beginn genannten Ziele und Kriterien der OE nicht verloren gehen. „Er tut es beispielhaft, indem er sich selbst nach diesen Kriterien richtet. Er tut es methodisch durch das Arrangieren von Lernsituationen, die im Klientensystem einen offenen Informations- und Meinungsaustausch ermöglichen, die Zusammenarbeit verbessern und das Lösen von Problemen erleichtern” (BECKER / LANGOSCH 1995 S. 31f). Letztlich besteht bei erfolgreich verlaufenden OE-Projekten sein Ziel darin, sich überflüssig zu machen.

Wünschenswert wäre ein Suchtberater, der über die Kompetenzen eines Organisationsentwicklers verfügt. Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren und die Landesstellen gegen die Suchtgefahren sind nach meiner Einschätzung durchaus in der Lage, solche Berater zu benennen. Sollte sich kein Berater mit der Kombination Suchtberater / Organisationsentwickler finden, würde ich nach heutiger Einschätzung einem Organisationsentwickler den Vorzug geben. Grundsätzlich ist ein externer Berater sinnvoller als ein interner. Im Hinblick auf die knapper werdenden Finanzmittel kann ich mir jedoch vorstellen, daß es an Universitäten Personen gibt, die kompetent sind, diese Aufgabe zu übernehmen. Immerhin verfügen Universitäten und Hochschulen über vielfältige personale Ressourcen, die sie für sich selbst kaum nutzen.

Ich möchte noch auf zwei wesentliche Kriterien der OE eingehen, deren Umsetzung zu den Aufgaben des Beraters gehören, der Klärung von Sach- und Beziehungsproblemen und dem erfahrungsorientierten Lernen.

2.1.2.1 Klärung von Sach- und Beziehungsproblemen

In der Arbeitswelt werden Gefühle meist verdrängt: Man hat es mit Sachproblemen zu tun, die gelöst werden müssen. Doch überall, wo Menschen tätig sind, gibt es neben oder hinter der Sach- auch eine Beziehungsebene. Die Bedeutung dieser zweiten Ebene wird bei der Lösung betrieblicher Aufgaben und Probleme sehr häufig vernachlässigt. Über menschliche Einstellungen, Emotionen und Beziehungsprobleme zu sprechen, ist offiziell tabu. Sie werden auf die Ebene des betrieblichen „Tratsches“ verdrängt. Dort manifestieren sie das eigene Weltbild durch Phantasien und Vorurteile. Die Lösung von Sachproblemen wird auf der Bezie-

hungsebene blockiert. Für eine gute Zusammenarbeit ist die Klärung der sachlichen und der zwischenmenschlichen Probleme eine Voraussetzung. Deshalb gilt für die OE, daß es grundsätzlich zwei Formen von Konflikten gibt, „... nämlich Inhaltskonflikte, die sich tatsächlich auf die unterschiedliche Beurteilung von Sachproblemen richten, und Beziehungskonflikte, die in Wahrheit die Schwierigkeiten im Umgang miteinander zum Inhalt haben“ (BECKER / LANGOSCH 1995, S. 41).

Erfahrungen haben gezeigt, daß sich Sachprobleme manchmal wie von selbst lösen, wenn die dahinter liegenden Beziehungskonflikte geklärt wurden. Die Lösung zwischenmenschlicher Konflikte kann jedoch recht kompliziert sein, denn sie haben in der Regel eine historische Dimension. Wahrnehmungs-, Kommunikations- und Konfliktlösungsmuster wurden in einem langen Entwicklungs- und Sozialisierungsprozeß des einzelnen erworben. Sie sind nicht nur arbeitsplatzbezogen, sondern werden auch von sozialen Bedingungen außerhalb der Organisation induziert. Gescheiterte Beziehungsklärungen erhöhen den Widerstand und verstärken Vermeidungsverhalten.

Um zwischenmenschliche Konflikte erkennen und lösen zu können, ist ein offener und angstfreier Umgang in der Organisation notwendig. „Je größer die Freiheitsgrade des Verhaltens sind und je mehr Spontaneität die Verhaltensweisen den Menschen kennzeichnen, desto eher ist es möglich, Beziehungskonflikte offen anzusprechen. Organisationen haben oft ein sehr formalisiertes System der Kommunikation. Die Menschen in einer Organisation bedienen sich oft einer speziellen Fachterminologie, die Kommunikation ist auch oft vermittelt durch Medien wie Telefon, Fernschreiber, Schrifttext, Formulare usw. Dies alles erschwert die Wahrnehmung und erst recht die Bearbeitung von Beziehungskonflikten“ (BECKER / LANGOSCH 1995, S. 41).

Inwieweit Beziehungskonflikte im Rahmen der Organisation erfolgreich bearbeitet werden können, ist abhängig von der Größe der Konflikte, der Art der Personalführung und der Organisationskultur. Wie ich feststellen konnte, sind die Konflikte ziemlich groß, die Personalführung wenig ausgereift und die Organisation Universität sehr unerfahren in der Kommunikation von Beziehungsproblemen. Daher ist es ratsam, langsam und schrittweise vorzugehen. Wir erinnern uns: Veränderungen geschehen in der OE immer in 'der Zeit'. Dem Setting – Ansatz¹ folgend spricht vieles dafür, im Initiativkreis und im Arbeitskreis mit Unterstützung des Beraters

¹ Der Setting-Ansatz ist aus Sicht der OE eine wesentliche Strategie für die Gesundheitsförderung. Er gilt als Kernphilosophie einiger gerühmter Gesundheitsförderungsprojekte, aber auch für Lebensstilprogramme. In diesen Programmen wird der Begriff Setting nicht allein als räumliche Bestimmung für Aktivitäten definiert, sondern meint eine soziale Einheit, die sich für Interventionen besonders eignet (GROSSMANN u. SCALA, 1994)

anders miteinander umzugehen, als es in vielen Bereichen der Universität üblich ist. Die Mitglieder werden wie Multiplikatoren ihre Erfahrungen auf ihren Arbeitsbereich transformieren und so zur Veränderung der Organisationskultur beitragen. Wohlgemerkt, alles in kleinen Schritten. Ebenso können in den Seminaren für Führungskräfte erste Impulse gesetzt werden. Wie schon erwähnt, würde ich zukünftig den Kommunikations- und Beziehungsproblemen an der Universität im Rahmen des Seminars viel mehr Raum geben. Immerhin sind wesentliche betriebsbedingte Ursachen von Suchtmittelmißbrauch am Arbeitsplatz auf Kommunikations- und Beziehungsprobleme zurückzuführen.

2.1.2.2 Erfahrungsorientiertes Lernen

Lernen hat in der OE einen hohen Stellenwert. Es wird davon ausgegangen, daß sich jede Veränderung in einem Lernprozeß vollzieht. Wie schon erwähnt, stehen Verhalten und Verhältnisse dabei in einer dialektischen Beziehung: Verhalten ändert Verhältnisse und veränderte Verhältnisse ändern Verhalten. Das ganzheitliche oder auch erfahrungsorientierte Lernen ist der pädagogische Ansatz zur Veränderung von Verhalten in der OE. Es ist hauptsächlich Aufgabe des Beraters, Lernsituationen so zu arrangieren, daß Lernen mit „Kopf, Herz und Hand“ möglich wird. Der zentrale Gedanke ist die Betonung des Zusammenfließens (confluence) von kognitivem und affektivem Lernen: Auf der einen Seite steht die Konfrontation mit neuen Informationen oder Erfahrungen, auf der anderen Seite das Entdecken eines persönlichen Sinns. Jede Information beeinflusst das Verhalten eines Menschen nur insofern, als er den persönlichen Sinn dieser Information entdeckt.¹

Je größer die persönliche Bedeutung einer Information oder das persönliche Erlebnis mit ihr ist, desto mehr beeinflusst sie das Verhalten. Dies erklärt in großem Maße, warum so viel von dem, was wir in der Schule lernen, so wenig Wirkung hatte. Wir entdecken selten deren persönliche Bedeutung.

¹ Den Theorierahmen für das erfahrungsorientierte Lernen bilden die Humanistische Pädagogik und später auch die Humanistische Psychologie. Die philosophische Entwicklungslinie verläuft von PLATO und ARISTOTELES über LEIBNIZ, SPINOZA und den amerikanischen Humanisten ROBERT M. HUTCHINS und MORTIMER ADLER. Die pädagogische Entwicklungslinie markieren ROUSSEAU, PESTALOZZI, FRÖBEL und NOHL. Sie postulieren die Ganzheit des Menschen als Geist, Körper und Seele oder eben „Kopf, Herz und Hand“. Unser heutiges Verständnis vom ganzheitlichen Lernen ist maßgeblich durch den Einfluß der humanistischen Psychologie in den sechziger Jahren geprägt. Als Begründer werden JAKOB L. MORENO, KURT LEWIN, CARL ROGERS, FRITZ PERLS, ABRAHAM MASLOW und PAUL GOODMAN genannt.

Lernen ist ein höchst komplexer Vorgang, bei dem zu berücksichtigen ist, daß jeder Mensch am besten lernt, wenn er auf seine eigenen Dispositionen, Fähigkeiten und Erfahrungen zurückgreifen kann. Wie BECKER schreibt, liegt der große Vorteil des erfahrungsorientierten Lernens nicht nur in der starken Individualisierung von Lernprozessen, „... sondern vor allem auch in der großen Akzeptanz, die diese Art des Lernens für den einzelnen mit sich bringt“ (ebd. 1995, S. 43). Diese Akzeptanz ist unbedingte Voraussetzung, um in einem OE-Prozeß negative Erfahrungen, Lernhemmungen, festgefügte Wahrnehmungs- und Entscheidungsraaster aufzulösen. Denn Lernerfahrungen werden nur dann zum kreativen Bestandteil der eigenen individuellen Fähigkeiten, wenn die bereits vorhandenen Strukturen so weit aufgebrochen werden können, daß neue Inhalte überhaupt einbezogen werden. Wir wissen gerade aus dem Umgang mit alkoholabhängigen Menschen, daß Appelle an die Einsicht eines Menschen wenig nützen. Lediglich die Erfahrung – das eigene Erleben –, daß etwas anders geht oder ist als man es bisher gedacht hat, bringt Menschen dazu, neu über Dinge nachzudenken. Der Mensch lernt am meisten, wenn er sich auf die Auseinandersetzung mit der Umwelt einläßt und dabei Themen und Probleme angeht, von denen er selbst direkt betroffen ist. OE hat zur Aufgabe, diese Kommunikation zwischen ‘Selbst’ und ‘Umwelt’, sowie eigenem ‘Selbst’ und fremden ‘Selbst’ zu ermöglichen und zu strukturieren. Wahrnehmung und existentiell neue Erfahrungen können zu Veränderungen im Rollenverständnis und –verhalten führen, das nicht mehr zeitgemäß und oder kontextangemessen ist. „Tatsächlich verfügt jeder von uns über weit mehr Kommunikationspotential als er im Alltag nutzt. In Problemlösungsprozessen wie sie die OE ermöglicht, können durch sogenannte Feedback-Übungen kommunikative Erfahrungen gewonnen, reflektiert und aufgearbeitet werden, die zu einer Ausweitung der eigenen Möglichkeiten führen, vor allem im Hinblick auf die verkümmerten sozialen Verhaltensweisen wie ‘Zuhören-Können’, Hinhören, Anteil nehmen oder ‘etwas wahrnehmen’, ungetrübt wahrnehmen, ohne gleich zu werten oder zu beurteilen, also ohne daß sofort die alten Vorurteile wirksam sind“ (BECKER / LANGOSCH 1995, S. 45).

Erfahrungsorientiertes Lernen bedeutet für die OE konstruktive Auseinandersetzung mit der eigenen Umwelt, das Entwickeln und Einüben von Fähigkeiten und die Entfaltung der eigenen Persönlichkeit. Das erfahrungsorientierte Lernen sichert den kommunikativen Konsens mit anderen und die Identifikation mit dem, was man selbst will. Es erweitert den Informationsstand und sichert die Einsicht in die Zusammenhänge der Organisation und ermöglicht darüberhinaus auch die Einsicht und Annahme von Notwendigkeiten.

Das Ziel ist die ‘Lernende Organisation’. Insofern ist die kognitive Reflexion im Anschluß an bestimmte Ereignisse von gleicher Wichtigkeit wie die

emotionalen Erfahrungen. Durch fortwährendes Fragen und Nachdenken verbessern die Menschen ihre Fähigkeit „...zu lernen, wie man lernt“ (FRENCH / BELL 1977, S. 82).

2.1.3 Ziele formulieren

Beim Lösen von Problemen und beim Planen von zukünftigen Handlungen ist der Umgang mit Zielen wichtig. Sie geben Richtung und Orientierung. Die Zielformulierung ist der erste Schritt, sich von der Problemfokussierung zu lösen. Dadurch verändert sich die Dynamik. Wir bewegen uns nicht von etwas (dem Problem) weg, sondern auf etwas (dem Ziel) zu. Das klingt banal und unbedeutend, ist es aber nicht. DÖRNER (s. 1995, S. 75) spricht in diesem Zusammenhang von zwei verschiedenen Arten von Zielen, nämlich positiven und negativen. Positive Ziele legen viel genauer fest, was ich will. Darüber hinaus ermöglichen sie dem Einzelnen, sich von seinen Problemen zu dissoziieren. Für einen gemeinsamen Gruppenprozeß ist das überaus hilfreich. Negative Ziele folgen einer reaktiven Dynamik. Man will einen bestimmten Zustand, ein Problem, das besteht, verändern, vermeiden oder ganz aus der Welt schaffen. Ich will, daß etwas, das ist, nicht mehr ist. Damit weiß ich aber noch nicht, was ich denn will. Die negativen Ziele bleiben meist global und an das Problem gebunden. Wenn wir dabei berücksichtigen, daß viele Menschen mit einem hohen 'subjektiven Gewinn' an ihre Probleme gebunden sind, fördern negative Ziele eine regressive Dynamik, die einen lebendigen Lernprozeß in der Gruppe konterkarieren.

Ziele müssen keine Determinanten sein, sie lassen sich verändern und in Teilziele untergliedern. Wenn wir uns vergegenwärtigen, daß Veränderungen sich in der Zeit vollziehen, so bewegen sich auch Ziele in der Zeit. Der Initiativkreis und später der Arbeitskreis sollten sich Zeit für die Zielformulierung nehmen. In dem Pilotprojekt habe ich durch ein Brainstorming die persönlichen Ziele für die Arbeit ermittelt. Dieses Verfahren hat den persönlichen Bezug zur Arbeit im Arbeitskreis und zu den anderen Mitgliedern vergrößert. Die Problemfokussierung wurde jedoch nicht aufgelöst, es wurden durchweg negative Ziele genannt. Im Nachhinein bewertet, habe ich der Zielformulierung zu wenig Bedeutung beigemessen. Es gibt unterschiedliche Methoden, den Zielfindungsprozeß zu fördern. Auf einige möchte ich hinweisen, ohne im Rahmen dieser Arbeit näher auf sie einzugehen:

- das schon erwähnte Brainstorming,
- die Metaplan – Moderationsmethode (SCHNELLE-CÖLLN / SCHNELLE 1998)
- die Zukunftswerkstatt nach ROBERT JUNKG (1997)
- und andere kreative Verfahren des Visionsmanagements.

Für die OE haben Weg und Ziel die gleiche Bedeutung, die gleiche Wichtigkeit. Die Art und Weise des Vorgehens ist genauso wichtig wie das Ergebnis. In der Realität werden Ziele selten so erreicht, wie sie definiert wurden. Sie dienen vielmehr der Orientierung, sie sind Wegemarkierungen und Stationen wünschenswerter Ergebnisse, die antizipiert und vorweggenommen werden (vgl. BECKER / LANGOSCH 1995, S. 48).

2.2 Planungsphase

In Anlehnung an die Aktionsforschung nenne ich die zweite Phase Planungsphase. Sie kann beginnen, wenn der Initiativkreis mit Hilfe des Beraters den eigenen Lernprozeß positiv gestaltet, verlässliche soziale Beziehungen aufgebaut und positive Ziele formuliert sind, die das Engagement aller Beteiligten sichern, und ausreichend informelle und formelle Kontakte innerhalb der Hochschule aufgebaut wurden. Vor Beginn der Planungsphase muß sichergestellt sein, daß es für Alkohol- bzw. Suchtprävention in unterschiedlichen Bereichen der Universität Befürworter und Unterstützer gibt:

- Personalrat,
- ärztlicher Dienst,
- Personaldezernat,
- Sicherheitsbeauftragte,
- Frauen- oder Gleichstellungsbeauftragte,
- Mitglieder und / oder Leiter von Instituten,
- trockene Alkoholiker,
- Mitglieder der Fachbereichsräte,
- Mitglieder des Senats.

Gibt es zu wenige Befürworter oder Unterstützer, sollte die Initialphase verlängert und intensiviert werden. Denn eines ist sicher: Die Suchtprobleme sind da und sie müssen auch gelöst werden.

2.2.1 Auftrag

Wie die Erfahrungen des Pilotprojektes gezeigt haben, darf die Auftragsfrage nicht vernachlässigt werden. Wie der Auftrag aussieht und wer den Auftrag erteilen muß, richtet sich nach den Zielen bzw. Teilzielen und einer realistischen Einschätzung der momentanen Möglichkeiten, die sich an der Klärung der Auftragsfrage überprüfen lassen. Soll die Universität als ganze Institution erreicht werden, ist es sinnvoll, den Auftrag über den Präsidenten vom Senat und von der Personalvertretung zu erhalten. Besteht nur das Interesse, Alkoholprävention für die Verwaltung zu implementieren, muß der Auftrag mit dem Kanzler und dem Personalrat (bei der Präsidialverfassung auch dem Präsidenten) ausgehandelt werden. Wie von Herrn ZIEGLER im Interview angeregt, halte ich es auch für

denkbar, an Fachbereiche und Institute heranzutreten, die eine klare Struktur und ein Verständnis von Personalführung haben. Sie könnten als positives Modell genommen werden, nicht weil sie besonders viel Probleme haben, sondern weil sie über die meiste Kompetenz verfügen.

Der formulierte Auftrag ist ein Vertrag auf Gegenseitigkeit und bietet, wie GÜHRS und NOWAK (1991) ausführen, eine Vielzahl von Vorteilen:

- Er regt die Beteiligten an, ihr eigenes Interesse und ihren Teil an Verantwortung für den Prozeß zu klären und wahrzunehmen.
- Er verhindert, daß Rollenunterschiede verwischt werden. Er hält dazu an, die unterschiedlichen Sichtweisen zu klären und stellt sicher, daß zum Beispiel die Wertvorstellungen des Beraters nicht kritiklos übernommen werden, andererseits aber Alternativen zum bisherigen System kennengelernt werden.
- Durch einen klar formulierten Auftrag werden unrealistische Vorstellungen und Erwartungen aufgedeckt und Enttäuschungen vorgebeugt.
- Er regt an, die verdeckte Ebene eines 'heimlichen Vertrages' zu offenbaren und hilft dadurch, Manipulationen zu vermeiden.
- Ein Auftrag richtet den Focus vor allem auf Gegenwart und Zukunft, weniger auf die Vergangenheit und setzt so Energie frei für Veränderung und neues Verhalten statt für die Beschäftigung mit alten Problemen.
- Er hilft einen roten Faden und ein konkretes Ziel im Blick zu behalten und den praktischen Erfolg zu unterstützen.

2.2.2 Arbeitskreis

Zum Arbeitskreis ist in der vorliegenden Arbeit schon einiges gesagt worden. Ich will hier nur noch zwei Aspekte erwähnen, die mir nach der Auswertung des Pilotprojektes besonders wichtig erscheinen und einen methodischen Hinweis auf die Gestaltung und Steuerung des Gruppenprozesses im Arbeitskreis geben. Erstens muß die Arbeit des Arbeitskreises von einem unabhängigen Berater moderiert werden und zweitens muß bei der Besetzung darauf geachtet werden, daß der Arbeitskreis fachlich kompetente, sozial engagierte, konstruktive und durchsetzungsfähige Mitglieder hat. Die Zusammensetzung richtet sich auch nach dem Auftraggeber. Bezieht sich der Arbeitsauftrag nur auf die Verwaltung, dann ist der Arbeitskreis anders zu besetzen als wenn er sich auf die gesamte Universität bezieht. Im letztgenannten Fall wären wichtige Mitglieder:

- Ein Repräsentant der Universitätsleitung (Präsident, Vizepräsident, Kanzler)
- ein Repräsentant des Personalrates,

- die Frauenbeauftragte,
- eine Sicherheitsfachkraft,
- ein Repräsentant der Sozialberatung oder des betriebsärztlichen Dienstes,
- ein Repräsentant der Professorenschaft (Dekan oder Institutsleiter),
- ein Repräsentant der wissenschaftlichen Mitarbeiter.

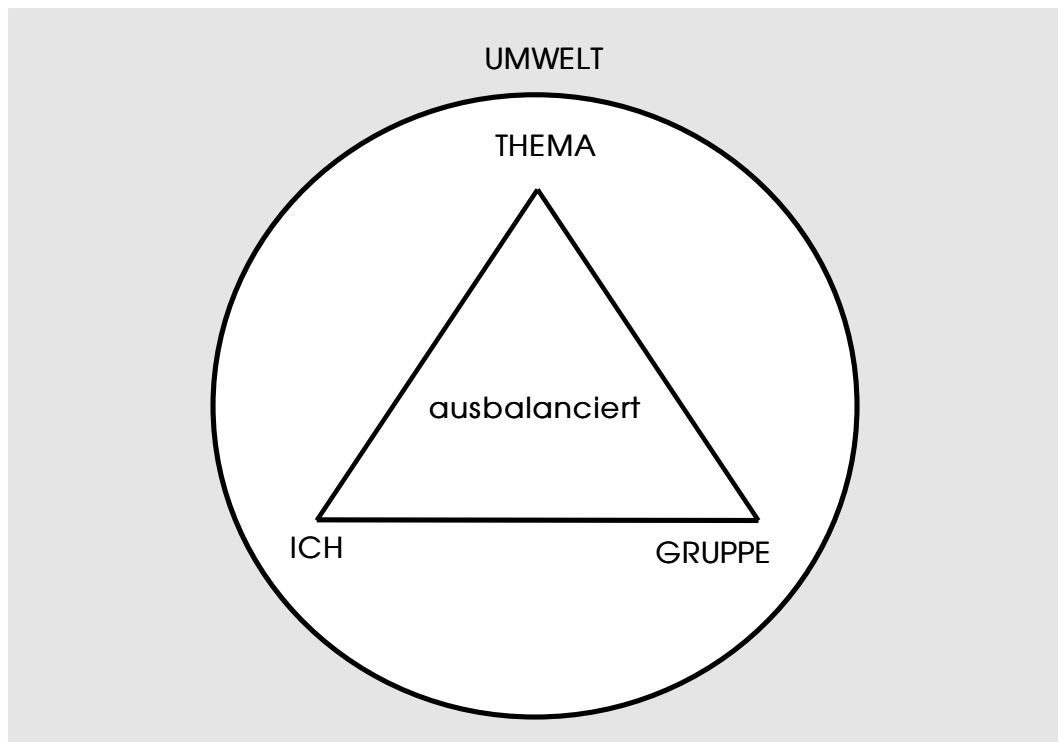
Die Mitgliedschaft eines 'trockenen Alkoholikers' kann sehr sinnvoll und hilfreich sein, wenn er genügend Distanz zu seiner Krankheit hat und nicht übermotiviert ist. Das Gremium sollte nicht mehr als 10 Mitglieder haben. Der Arbeitskreis gibt sich eine einfache Geschäftsordnung, in der Formalien wie die Entscheidungsfindung und die Tagungsfrequenz formuliert und der Vorsitzende sowie Stellvertreter und Protokollführer benannt werden. Der Vorsitzende des Arbeitskreises sollte ein sogenannter 'Champion' sein. In der Terminologie der OE ist ein Champion jemand, der über starkes Engagement für das Thema und genügend innerbetriebliche Macht verfügt. Er muß in der Lage sein, auch unbequeme Beschlüsse gegen Widerstände anderer Interessengruppen durchzusetzen.

Anders als bei der Initiativgruppe ist für den Arbeitskreis der Auftrag die Handlungsgrundlage. Eine der ersten Aufgaben ist, eine Problemanalyse durchzuführen oder in Auftrag zu geben und einen Abgleich zwischen den formulierten Zielen und den in der Analyse ermittelten Daten vorzunehmen. Dies ist die Grundlage für die Planung von Einzelmaßnahmen.

Um eine gelockerte und kommunikationsfördernde Atmosphäre aufzubauen, latente Konflikte aufzudecken und die kreative Energie der Gruppe zu nutzen, z.B. mit Unterstützung des Beraters, sollten Hilfsmittel und Techniken wie Brainstorming, Gruppen-Fragetechniken, Kleingruppenarbeit, Gruppen- und Feedbackregeln, Wahrnehmungs- und Imaginationsübungen, Rollenspiele, Psychodrama, Soziogramme etc. angewendet werden.

Den Rahmen für die Gruppenprozesse bildet meist die Themenzentrierte Interaktion (TZI) der Psychoanalytikerin RUTH COHN. Danach beeinflussen sich in einem zielorientierten Gruppenprozeß der Einzelne (Ich), die Gruppe und das Thema. Alle drei Faktoren sollten in einem lebendigen Gruppenprozeß ausgewogen zueinander stehen.

Darst. 23: Das TZI – Modell



Quelle: Das TZI-Modell von Ruth Cohn, 1975.

Das theoretische Modell ist in Form eines Dreiecks dargestellt, das durch einen Kreis eingefasst ist, der die Einbettung und die Umweltgegebenheiten wie Zeit, Ort, Anlaß etc. ausdrückt. Die TZI hat ein ganzheitliches Menschenbild: Fühlen, Denken und Handeln bilden eine Einheit. Der Mensch handelt gleichzeitig selbständig und von anderen Personen abhängig. Diese Sachverhalte führen jeden Menschen in Konflikte und stellen ihn vor die Aufgabe, für sein inneres und äußeres Gleichgewicht zu sorgen. Von diesen Grundannahmen ausgehend hat RUTH COHN (1975) einige hilfreiche Regeln aufgeführt, von denen ich hier einige sinngemäß so wiedergebe, wie ich sie selbst in meinen Seminaren vorstelle:

Darst. 24: TZI Regeln für Gruppen

- 1. Sorgen Sie dafür, daß es Ihnen gut geht!**
 - Seien Sie Ihr eigener Chairman.
- 2. Störungen haben Vorrang!**
 - Achten Sie auf Ihre Gefühle.
 - Achten Sie auf Ihren Körper und seine Signale.
- 3. Leiten Sie sich selbstbewußt!**
 - Sehen Sie nach innen, was wollen Sie?
 - Sehen Sie nach außen, was wollen die Anderen?
 - Entscheiden Sie, was und wie Sie etwas tun wollen.
- 4. Erbitten Sie Hilfe und helfen Sie!**
 - Nicht mehr und nicht weniger als nötig.
- 5. Drücken Sie sich klar aus!**
 - Niemand außer Ihnen kennt Ihre inneren Vorgänge: Gefühle, Gedanken, Motive etc... Aussagen sind Brücken zwischen Menschen.
- 6. Vertreten Sie sich selbst!**
 - Sprechen Sie per „ich“ und nicht per „wir“ oder per „man“.
 - Sagen Sie bevorzugt Ihre Meinung, anstatt andere auszufragen.
- 7. Sprechen und handeln Sie respektvoll!**
 - Lassen Sie andere ausreden.
 - Wenn Sie Fragen stellen, sagen Sie, warum Sie fragen.
- 8. Seien Sie mutig, es gibt hier keine Haifische!**
 - Experimentieren Sie mit sich und Ihrem Verhalten, nutzen Sie die Situation, etwas zu probieren, erweitern Sie so Ihren Verhaltensspielraum.

2.2.3 Problemanalyse

Auch wenn es kaum möglich ist, harte Daten zu evaluieren, also eine eindeutige Aussage darüber zu machen, wieviel Mitarbeiter an der Universität alkoholabhängig und –gefährdet sind, sollte eine Problemanalyse vorgenommen werden. Die Universität kann die eigene Kompetenz und die eigenen Ressourcen zu diesem Zweck nutzen und einen Evaluationsauftrag im Hause vergeben. Außerdem ist die Akzeptanz für die späteren Maßnahmen höher, wenn sie auf der Grundlage seriös ermittelter Daten entwickelt wurden. Zu den relevanten Daten gehören:

- anonymisierte Daten über Unfälle,
- allgemeine Fehlzeiten,
- Krankenstand,
- kurzfristig und nachträglich gewährte Kurzurlaube,
- Kurzkrankheiten oder Krankmeldungen nach Wochenenden,

- alkoholbedingte Ermahnungen und Verweise,
- subjektive Problemwahrnehmungen von Vorgesetzten und Mitarbeitern,
- Auswertung bisheriger Bestrebungen und Initiativen zum Thema Sucht.

2.3 Handlungsphase

In Anlehnung an das traditionelle Vorgehen bleibe ich bei der Chronologie der Ablauforganisation von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Wie schon in der Einleitung zu diesem Teil IV angekündigt, stehen die personale und die strukturelle Primärprävention im Vordergrund. Im folgenden werde ich nicht alle Maßnahmen eines Suchtpräventionsprogrammes aufführen, sondern nur auf diejenigen eingehen, die nicht im Teil II dieser Arbeit aufgeführt sind oder wenn im Sinne der Projektauswertung Neubewertungen oder Ergänzungen vorgenommen werden.

2.3.1 Primärpräventive Maßnahmen

Die Primärprävention hat in der betrieblichen Suchtprävention zum Ziel, alkoholbedingte Schäden prophylaktisch zu vermeiden und Mißbrauch und Abhängigkeit zu verhindern. Die Maßnahmen beziehen sich auf die Krankheitsursachen und dienen der Krankheitsverhütung, sie richten sich an alle Bediensteten, nicht nur die manifest gefährdeten und erkrankten. Sie zielen ab auf eine Veränderung gesundheitsschädigenden Verhaltens einzelner Personen oder Risikogruppen und auf die Veränderung gesundheitsschädigender Verhältnisse.

2.3.1.1 Öffentlichkeitsarbeit

Hier ist hauptsächlich die interne Öffentlichkeitsarbeit gemeint. Sie steht nicht von ungefähr am Anfang der Handlungsphase. Nach den bisherigen Erfahrungen halte ich es bei dem immer noch sensiblen Thema Alkoholmißbrauch für sinnvoll, gezielt und professionell zu informieren. Mangelhafte und zufällige Informationen provozieren Gerüchte, die man, wenn sie erst einmal da sind, lange bekämpfen muß.

Durch die Öffentlichkeitsarbeit wird ein Dialog mit den bisher nicht beteiligten Mitarbeitern eingeleitet. Sie sollte Bindeglied zwischen den zu planenden und umzusetzenden Maßnahmen und der Zielgruppe sein. Das heißt, die geplanten Maßnahmen dürfen noch nicht so festgeschrieben sein, daß Anregungen nicht mehr aufgenommen werden können. Daher wäre es unsinnig, eine bürokratisch formulierte Dienstvereinbarung mit einem umfangreichen disziplinarischen Stufenplan zeitlich an den Anfang eines Suchtpräventionsprogrammes zu stellen.

Für die Öffentlichkeitsarbeit bieten sich die unterschiedlichsten Foren an:

- Universitätszeitung,

- Informationsschreiben,
- Plakate,
- Veranstaltungen (z.B. Sicherheit am Arbeitsplatz oder Streß),
- Kurzvorträge (Personalversammlung, Fachbereichsräte, Institute etc.),
- Gesprächskreise (z.B. Talkshow mit einem „stadtbekanntem trockenem Alkoholiker“).

Der Phantasie sind keine Grenzen gesetzt, wenn Zeit und Geld es erlauben. Auf jeden Fall ist zu empfehlen, daß sich der Arbeitskreis bei der Planung und Durchführung der Öffentlichkeitsarbeit von Marketingprofis aus dem eigenen Haus beraten läßt. Es gibt wohl kein Thema, wo der Einsatz von professioneller PR ethisch gerechtfertigter ist als bei der Einführung eines Alkoholpräventionsprogrammes.

2.3.1.2 Kooperationen

Sofern nicht schon durch den Initiativkreis angesprochen und im Arbeitskreis vertreten, sollten Kooperationen aufgebaut und gegebenenfalls intensiviert werden. Suchtmittelmißbrauch hat auch viele arbeitsplatzbedingte Ursachen, auf die im Rahmen dieser Arbeit schon hingewiesen wurde. Um Verhältnisse und Verhalten zu ändern, müssen alle Kräfte zusammen und nicht gegeneinander arbeiten. Es ist nicht im Sinne der OE und der Sache auch nicht dienlich, sich auf Kosten anderer Projekte zu profilieren. Wenn bei gleicher Menge um Ressourcen gestritten wird, bekommen alle weniger; wenn kooperiert wird, bleiben die finanziellen Ressourcen zwar gleich, die menschlichen und kreativen nehmen jedoch zu.

Für die Suchtprävention an Universitäten und Hochschulen bietet es sich an, mit dem Studentenwerk, der Studentenschaft, dem Hochschulsport, der Studentenberatung etc. zu kooperieren.

2.3.1.3 Schulungen

In dem vorgestellten Pilotprojekt wurden Schulungen für Mitarbeiter mit Personalführungsaufgaben angeboten. Der Seminarinhalt bezog sich auf den Umgang mit alkoholgefährdeten und –kranken Mitarbeitern, weil die Vorgesetzten Handlungskompetenz erwerben mußten, um den Stufenplan anwenden und konstruktiven Leidensdruck aufbauen zu können. Im Rahmen dieses Konzeptentwurfs rege ich an, die Schulungen nicht nur auf eine Betriebsvereinbarung und den Stufenplan auszurichten, sondern sie für möglichst viele Bedienstete der Universität attraktiv zu machen. Die wichtigsten alkoholbedingten Inhalte lassen sich im Prinzip schnell vermitteln. Andere, vielleicht gefragtere Themen stehen daher nicht im Widerspruch zur Suchtprävention:

- Kooperative Personalführung,

- schwierige Mitarbeitergespräche,
- Kommunikationstraining,
- Teamtraining,
- Selbstmanagement,
- Rhetorik, etc.

Schulungsangebote mit suchtbedingtem Inhalt sollten flexibel auf die Adressaten ausgerichtet sein. Wenn Professoren an einem 2tägigen Seminar mit der Begründung, sie hätten keine Zeit, nicht teilnehmen, kann ich das als Widerstand deuten. Dem Projekt hilft diese Deutung nicht weiter. Besser ist es, sie mit dieser Aussage ernst zu nehmen und ihnen ein „Angebot zu unterbreiten, das sie nicht ablehnen können“. Dabei denke ich an kurze, didaktisch gut vorbereitete Inputs bei Fachbereichsrats-, Abteilungs- und Institutssitzungen. Um es mit einer Metapher der Neurolinguistischen Programmierung (NLP)¹ auszudrücken: Es geht darum, Anker zu setzen.

2.3.1.4 Mitarbeiterberatung

Alkoholabhängigkeit ist nicht nur auf eine narzißtische Persönlichkeitsstörung zurückzuführen, sondern gestaltet sich nach dem multifaktoriellen Ansatz aus verschiedenen Faktoren, die sich gegenseitig negativ begünstigen. Hier setzt die Mitarbeiterberatung an. In den angelsächsischen Ländern sind die Suchtpräventionsprogramme im Hinblick auf psychosoziale Probleme verschiedenster Art weiterentwickelt worden und werden als Employee Assistance Programs (EAP) bezeichnet. Der Ansatzpunkt ist, nicht nur den suchtkranken Mitarbeitern Unterstützung anzubieten, sondern auch allen anderen, die unter verschiedensten Formen von psychosozialem Streß leiden, wovon erfahrungsgemäß ein großer Teil auch Suchtprobleme hat. Für die Universität mit seiner uneinheitlichen Personalführungskultur, den vielen autonomen Einrichtungen und Instituten und den nicht in die Hierarchie eingebundenen Professoren ist es durchaus sinnvoll, einige Aspekte aus dem EAP zu adaptieren.²

¹ Bei der Beobachtung erfolgreicher Psychotherapeuten wie PERLS, SATIR und ERIKSON entdeckten BANDLER und GRINDER Muster, die für gute Kommunikation, erfolgreiche Interventionen und Veränderungen von entscheidender Bedeutung sind. Sie stellten fest, daß alle diese Therapeuten die neuen Erfahrungen ihrer Klienten sinnesspezifisch so verstärkten, daß sie nicht vergessen werden und immer präsent bleiben. Diesen Vorgang nannten BANDLER und GRINDER ankern.

² Auf diese Möglichkeit hat auch Dr. WEISSINGER in dem Experteninterview hingewiesen. Er ist der Überzeugung, daß bei Professoren als Betroffene die Anonymität ebenso wie bei Managern eine besondere Rolle spielt. Es sei also der Frage nachzugehen, wie man den sozialen Status von Professoren bei den Hilfemaßnahmen berücksichtigen kann. Durch ein niedrigschwelliges Beratungsangebot, wo allgemein psychosoziale Probleme im Vordergrund stehen, sei dies am ehesten zu gewährleisten.

Für alle Mitarbeiter der Universität und deren Familien, die in persönlichen Krisen sind, sollte ein niedrigschwelliges, attraktives, kostenloses und anonymes Beratungsangebot gemacht werden. Das Angebot erstreckt sich auf:

- Arbeitsbezogene Probleme,
- Ehe-, Familien- und Erziehungsprobleme,
- Finanz- und Rechtsprobleme,
- Streß und burn out,
- Ängste, depressive Verstimmungen, Kontaktstörungen und andere psychische und psychosomatische Probleme.

Die Beratung sollte außerhalb der Universität angeboten werden, um eine Stigmatisierung zu verhindern und Anonymität zu gewährleisten. Sie steht nicht in Konkurrenz zu den bestehenden Beratungsstellen und niedergelassenen Psychotherapeuten, sondern soll mit einem über die Innenstruktur der Universität spezifischen Wissen ausgestattete, Probleme kompetent diagnostizieren. Die ausschließliche Aufgabe dieser Mitarbeiterberatung bestände darin, innerhalb von einer bis maximal fünf Sitzungen zu einer Diagnose der tatsächlichen Störungen zu kommen und an die jeweils kompetenteste Facheinrichtung zur weiteren Beratung oder Betreuung zu überweisen.

Die Praxis zeigt, daß Ratsuchende häufig ein anderes (in der Regel geringeres) als das Hauptproblem präsentieren. Deshalb sind die Anforderungen an die Berater, in einer bis fünf Sitzungen eine klare Diagnose zu stellen, hoch. Sozialarbeiter und Sozialpädagogen eignen sich grundsätzlich für diese Tätigkeit, wenn sie über

- eine therapeutische Zusatzausbildung verfügen,
- Erfahrung in der psychotherapeutischen Beratung haben,
- Erfahrungen mit Suchtproblemen haben,
- genaue Kenntnisse des regionalen und überregionalen Beratungs- und Therapieangebots besitzen
- sowie eine innere Einstellung und ein äußeres Erscheinungsbild, das in Einklang zu bringen ist mit den Vorstellungen von kompetenter Lebensberatung, die nicht nur Arbeiter und Angestellte, sondern auch Professoren und höhere Beamte haben.

Die Vorteile dieser Mitarbeiterberatung sind die Anonymität und Unkompliziertheit der Kontaktaufnahme, die Ausrichtung auch auf die Angehörigen der Mitarbeiter und die Ausrichtung auf ein breites Angebot von Beratungsthemen, die es den Beschäftigten ermöglicht, wegen eines weniger stigmatisierten Problems Beratung zu suchen.

2.3.2 Sekundärpräventive Maßnahmen

Die Maßnahmen der Sekundärprävention richten sich auf die manifest alkoholgefährdeten und –kranken Mitarbeiter. Ziel ist es, die Krankheitsentwicklung frühzeitig zu erkennen und rechtzeitige Behandlung zu fördern. Die Maßnahmen konzentrieren sich auf die Symptomträger und stehen fast immer im Vordergrund des Engagements für ein Alkoholpräventionsprogramm. Der systemische Ansatz macht jedoch deutlich, daß diese Fokussierung zu einer Unterschätzung des Problems und unbefriedigenden Lösungen führt. Durch das Pilotprojekt ist nachgewiesen, daß dieses Vorgehen für Universitäten und Hochschulen völlig ungeeignet ist. Sekundärpräventive Maßnahmen sind wichtig und richtig, sie haben jedoch im Rahmen eines Gesamtkonzeptes nachrangige Bedeutung. Eine Ausnahme ist die Suchtberatung. Denn im konkreten Einzelfall sollte so schnell, so kompetent und so unbürokratisch wie möglich geholfen werden.

2.3.2.1 Suchtberatung

Im Gegensatz zu den anderen sekundärpräventiven Maßnahmen wie das Erkennen von Arbeits- und Leistungsstörungen, die im Zusammenhang mit Alkoholkonsum stehen, den Konfrontationsgesprächen und dem konstruktiven Leidensdruck, sollte eine kompetente Suchtberatung für manifest erkrankte Mitarbeiter so früh wie möglich angeboten werden. Dazu führt DIETZE treffend aus: „Bevor irgendwelche anderen Maßnahmen geplant werden, sollte die Planung eines Beratungssystems für Betroffene Priorität bekommen. Damit ist die Wichtigkeit der Prävention keineswegs in Frage gestellt: Doch wenn das Haus bereits brennt, helfen keine Feuerschutzmaßnahmen, die man erst noch installieren muß“ (ebd. 1992, S. 91). Von der Kompetenz, mit der die ersten Problemfälle, die in der Regel schon viele Jahre ungelöst „vor sich hinkochen“, angegangen werden, hängt viel für die weitere Akzeptanz eines Alkoholpräventionsprogrammes ab. Die Suchtberatung muß daher von Anfang an durch einen erfahrenen Suchtberater erfolgen. Fachlich dürfen hier auf keinen Fall Kompromisse gemacht werden. Berufsanfänger, die zwar engagiert sind, aber keine Erfahrung haben, sind überfordert und gefährden die Akzeptanz des Projektes. Gegebenenfalls ist die Kooperation mit einem Suchtberater aus einer örtlichen Beratungsstelle der Einrichtung einer eigenen Suchtberatungsstelle vorzuziehen. Wichtig ist, einen festen Berater zu benennen, der hochschulöffentlich bekannt gemacht wird.

2.3.2.2 Dienstvereinbarung

Eine Dienstvereinbarung, die Rechtssicherheit schaffen soll und in der wichtige Einzelheiten des Suchtpräventionsprogrammes verbindlich festgeschrieben werden, steht nicht am Anfang, sondern ist Ergebnis eines Planungs- und Erfahrungsprozesses. Andernfalls wird in der Dienstver-

einbarung nur der Stufenplan festgeschrieben, und der verkommt zum reinen Sanktionskatalog, weil Vorgesetzte keine Handlungskompetenz besitzen, Kollegen sich als Denunzianten fühlen und die Organisation Universität insgesamt nicht kompatibel ist. Hier verweise ich insbesondere auf die Auswertung der verschiedenen Dienstvereinbarungen und die Experteninterviews. Ansonsten ist über Ziel und inhaltliche Anforderungen einer Dienstvereinbarung im Rahmen dieser Arbeit alles gesagt worden. Wenn eine Dienstvereinbarung für die gesamte Universität abgeschlossen wird, ist es wichtig, auch die wissenschaftlichen Mitarbeiter und Professoren zu berücksichtigen. Das für die Pilotprojekt–Universität geschriebene Handlungskonzept gibt wichtige Hinweise und Anregungen.

2.3.3 Tertiärpräventive Maßnahmen

In der betrieblichen Suchtprävention zielt die Tertiärprävention darauf ab, die möglichen Folgeschäden aus der Krankheit für den Betroffenen und sein Umfeld zu vermeiden sowie das Rückfallrisiko zu minimieren. Auf die Rehabilitation und die Selbsthilfegruppen bin ich im Rahmen dieser Arbeit schon eingegangen. An dieser Stelle möchte ich nur noch einmal darauf hinweisen, daß Nachsorgemaßnahmen häufig vernachlässigt und ihre Bedeutung unterschätzt werden. Im Rahmen des Alkoholpräventionsprogrammes muß der Arbeitskreis auf ihre Umsetzung achten. Im Sinne des systemischen Ansatzes wären die Maßnahmen nicht nur auf den Symptomträger zu beschränken. Kollegen und Vorgesetzte haben sich in der Regel über lange Zeit co–abhängig verhalten und fühlen sich entsprechend belastet. Sie brauchen ebenso wie der Betroffene selbst Unterstützung, um sich zu entlasten und aus ihrer Rolle zu lösen. Meist braucht die ganze Abteilung Unterstützung, um sich als System neu zu formieren, denn die Angst vor dem Neuen ist oft größer als das Leiden an dem alten Zustand. Es besteht die Gefahr, daß ein neuer Symptomträger gesucht oder der Betroffene nach erfolgreicher Behandlung wieder in die alte Rolle gezwängt wird. Um dieser Entwicklung vorzubeugen, sollte den Abteilungen und Teams ein Beratungsservice angeboten werden, der auf die Suchtproblematik eingeht, aber darüber hinaus Themen präsentiert, die einen subjektiven Gewinn für jeden haben. Hier ist die Profession eines Organisationsentwicklers gefragt. In einem sogenannten Teamcoaching können Themen wie

- Arbeitsorganisation,
- Selbstmanagement,
- Kommunikation

aufgegriffen werden, die der Qualitätssicherung und Verbesserung dienen. Ein neues Wir–Gefühl wird gefördert, gemeinsame Ziele werden formuliert und die Problemfokussierung löst sich.

2.4 Auswertungsphase

Die Auswertung erfolgt nicht erst nach Implementierung des Suchtpräventionsprogrammes, sondern begleitet den gesamten Prozeß: Auswertungsphase ist immer! Jede durchgeführte Maßnahme wird auf der Meta-Ebene durch den ständigen Dialog zwischen den Mitgliedern des Arbeitskreises und dem Berater reflektiert. Die Bewertungen orientieren sich an den aufgestellten Zielen. Der jeweilige Stand der gemeinsamen Bemühungen im Hinblick auf die angestrebten Ziele ist festzuhalten. Entsprechend den Ergebnissen müssen dann Überlegungen angestellt werden, ob andere Strategien zur Zielerreichung notwendig sind oder die Ziele verändert werden müssen.¹

Für die Implementierung eines Alkoholpräventionsprogrammes an einer Universität oder Hochschule kann es hilfreich sein, wenn das Projekt evaluiert wird und damit die wissenschaftlichen Standards erfüllt. Es könnte aber auch sein, daß dieses Vorgehen als zu aufwendig abgelehnt wird oder zu einem Methodenstreit über quantitative und qualitative Verfahren verführt, was der Sache nicht dient. Diese Entscheidung sollte deshalb wohl überlegt und im Arbeitskreis getroffen werden.

2.4.1 Evaluation

Unabhängig davon, ob das Projekt offiziell evaluiert wird, ist ein OE-Prozeß mit Begleitung durch einen Berater auch immer ein Forschungsprozeß. Denn Evaluation dient der Planungs- und Entscheidungshilfe. Sie ist ziel- und zweckorientiert. Bei der Bewertung von Handlungsalternativen werden unterschiedlichste Evaluationsmethoden genutzt. Evaluation hilft, praktische Maßnahmen zu überprüfen, zu verbessern oder über sie zu entscheiden. „... Rahmenbedingungen, Maßnahmen und Ergebnisse des Projekts werden wissenschaftlich fundiert in Beziehung gesetzt, etwa durch einen Vorher-Nachher-Vergleich ...“ (STIMMER 1994, S. 175) z.B. die Befragung von Kontrollgruppen. Wie schon dargelegt, ist die favorisierte Forschungsmethode der OE die Aktionsforschung und mit ihr überwiegend qualitative Verfahren.² Wenn bei der Problemanalyse mittels quantitativer Verfahren Daten erhoben wurden über Unfälle, Fehlzeiten, Krankenstand, kurzfristig und nachträglich gewährte Kurzurlaube, Kurzkrankheiten oder Krankmeldungen nach Wochenenden, alkoholbedingte Ermahnungen und Verweise, subjektive Problemwahrnehmungen von Vorgesetzten und Mitarbeitern,

¹ Es gibt verschiedene Beurteilungsverfahren, wie z.B. die Kräftefeld-Analyse, die bei der Überprüfung von Zielvorstellungen hilfreich sind. Vgl. dazu BECKER und LANGOSCH 1995.

² An dieser Stelle mache ich zur Aktionsforschung und den qualitativen Verfahren keine weiteren Ausführungen und verweise auf den Teil III dieser Arbeit.

dann müssen diese Daten im Sinne eines Vorher–Nachher–Vergleichs erneut ermittelt werden.

Weitere Aufschlüsse über die Beurteilung des Projektes kann man erhalten durch qualitative Verfahren wie Interviews oder Befragungen von ausgewählten Zielgruppen über die Annahme, Nutzung und Akzeptanz der Maßnahmen. Auch die quantitative Ermittlung, wie häufig der angebotene Beratungservice in Anspruch genommen wurde, gibt wichtige Hinweise. Bei allen erhobenen Daten ist unbedingt auf die Anonymität zu achten.

Eine genaue und umfassende Evaluation des Projektes und jeder einzelnen Maßnahme ist ungeheuer aufwendig und nur zu leisten, wenn es dafür einen gesonderten Forschungsauftrag mit der entsprechenden Mittel- und Personalausstattung gibt.

2.4.2 Veröffentlichung

Die Bedeutung von Öffentlichkeitsarbeit habe ich schon hervorgehoben. Ergebnisse, Erfolge und Teilerfolge sollten auf jeden Fall sowohl intern als auch extern veröffentlicht werden. Ziel ist die Information über die durchgeführten Maßnahmen und die Enttabuisierung des Themas¹ ebenso wie die Imagepflege. Die Universität stellt sich als Organisation dar, die unter Nutzung der eigenen Ressourcen auf Probleme aktiv reagiert und kompetent handelt.

¹ Wenn eine Universität sich öffentlich dazu bekennt, daß es auch in ihrer Organisation Suchtmittelmißbrauch gibt, mit dem professionell umgegangen wird, dann hat das meines Erachtens positive Wirkung auf andere gesellschaftliche Gruppen und Organisationen. Daß damit eine Stigmatisierung der Universität verbunden sei, halte ich für eine unzulässige Generalisierung individueller Befürchtungen.

Schlußbemerkung

Wie eingangs festgestellt wurde, ist Alkoholabhängigkeit eine Krankheit. Die Übergänge vom Alkoholgebrauch zum Mißbrauch hin zur Abhängigkeit sind fließend. Als Bestimmungsfaktor für die Entwicklung zur Abhängigkeit wurde ein multikonditionales Entstehungsmodell angenommen, bestehend aus der Droge, der Persönlichkeit und dem sozialen Umfeld, das keine Rückschlüsse auf eine einzige Entstehungsbedingung zuläßt. Eine exakte Krankheitsvorhersage ist nicht möglich. Jeder der Alkohol trinkt kann, wenn verschiedene Faktoren sich ungünstig bedingen, alkoholabhängig werden. Von der Suchterkrankung sind nicht nur die Abhängigen selbst betroffen, sondern ihr gesamtes soziales Umfeld. Für den Verlauf der Suchtentwicklung sind Verhalten und Verhältnisse von außerordentlicher Bedeutung.

In der Arbeit wurde dargestellt, welche Möglichkeiten, aber auch welche Grenzen des hilfreichen Handelns im sozialen Umfeld Arbeitsplatz gegeben sind. Wer Alkoholmißbrauch am Arbeitsplatz beseitigen und Alkoholkranken helfen will, muß überlegt, systematisch und angemessen handeln. Nur aufeinander abgestimmte Maßnahmen, die das besondere Krankheitsbild berücksichtigen, sind hilfreich.

Es wurde aufgezeigt, daß der Arbeitsplatz Universität Besonderheiten aufweist, die bei der Konzeptionierung eines Alkoholpräventionsprogrammes zu berücksichtigen waren. Die Unterteilung der Universität in Verwaltung, Bibliothek, verschiedene Fachbereiche und Institute, der dienstrechtliche Status der Professoren und viele wissenschaftliche Mitarbeiter mit befristeten Arbeitsverträgen erschwerten die Entwicklung und Implementierung.

Der Verlauf des Pilotprojektes orientierte sich im Sinne der Aktionsforschung an den Interessen und Zielen der Arbeitskreismitglieder. Für die Pilot-Universität sollte so schnell wie möglich ein praxisrelevantes Handlungskonzept als Vorlage für eine abzuschließende Dienstvereinbarung entwickelt werden. Damit die Personen mit Personalführungsaufgaben im Sinne des Handlungskonzeptes in der Lage sind, frühzeitig und angemessen zu handeln, wurden Schulungen durchgeführt, an denen jedoch mit zwei Ausnahmen keine Professoren teilnahmen. Das entwickelte Handlungskonzept könnte in der vorgestellten Form in eine Dienstvereinbarung münden. Der dienstrechtliche Status der Professoren wurde dabei durch einen gesonderten Stufenplan berücksichtigt. Für die wissenschaftlichen Mitarbeiter mit befristeten Arbeitsverträgen wurde keine befriedigende Regelung gefunden. In Anbetracht der Tatsache, daß die Professorenschaft bisher kein nachhaltiges Interesse gezeigt hat, wird es nur

eine Dienstvereinbarung für die Verwaltung geben. Dieses Ergebnis ist höchst unbefriedigend: Für die von dem Problem betroffenen Professoren gibt es keine Unterstützung. Die Verleugnung der Problematik begünstigt einen negativen Krankheitsverlauf. Auf die Tatsache, daß fast jeder Professor Vorgesetztenfunktion für Sekretärin und wissenschaftliche Mitarbeiter ausübt, wird nicht angemessen reagiert. Eine Vereinbarung, die nur für den Verwaltungsbereich der Universität gilt, geht von einer Trennung in der Organisation Universität aus, die es allenfalls formaljuristisch, aber nicht in der Alltagswirklichkeit gibt. Eine Veränderung der 'Trinkkultur' als Ziel eines Alkoholpräventionsprogrammes ist ohne die Professoren nicht möglich. Was bleibt, ist ein Sanktionskatalog (Stufenplan) für die Mitarbeiter der Verwaltung.

Eine Analyse der Dienstvereinbarungen anderer Hochschulen und Universitäten, die durchgeführte Befragung zum Stand der betrieblichen Suchtkrankenhilfe und die Experteninterviews haben aufgezeigt, daß die dargestellte Problematik nicht nur auf die Pilot-Universität, sondern auch auf viele andere zutrifft. Als Reaktion auf dieses eher deprimierende Fazit habe ich nach einem Ansatz gesucht, der komplexere Lösungsstrategien bietet und die immanente Stigmatisierungstendenz der Suchtkrankenhilfe auflöst, ohne sinnvolle und bewährte Ansatzpunkte aufzugeben. Primärpräventive Maßnahmen, die zum Wohlergehen, der Gesundheit und der Bildung aller Beschäftigten beitragen, sollten an Bedeutung gewinnen. Das Konzept der Organisationsentwicklung schien mir besonders geeignet diese Anforderungen zu erfüllen. Auf dieser Grundlage habe ich Ansatzpunkte zur Alkoholprävention an Universitäten und Hochschulen entworfen. Wie von Dr. WEISSINGER im Experteninterview angeregt, ist dieser Ansatz ausdrücklich offen für eine Entwicklung in Richtung Employee Assistance Programs und / oder Gesundheitsförderung. Salutogenetischer Ansatz und ganzheitliche Perspektive, die Gesundheitsförderung kennzeichnen, werden meines Erachtens in Zukunft trotz Kostendämpfung an Bedeutung gewinnen. Dabei werden die Verbesserung von Lebensweisen und Lebensbedingungen angestrebt. Anzusetzen ist bei den jeweiligen Lebenszusammenhängen. Persönliche und gesellschaftliche Verantwortlichkeiten sind miteinander in Einklang zu bringen.

Wie in der Arbeit aufgezeigt, stehen Gesundheit und Organisation in engem Zusammenhang. GROSSMANN und SCALA (1994) halten die Organisation für den Gesundheitserzieher Nummer Eins. Universitäten haben mit einer großen Sozialisationswirkung nach außen eine besondere gesellschaftliche Verantwortung. Sie verwalten nicht nur materielle Ressourcen (Verwaltung) und nehmen Einfluß auf die Gesundheit ihrer Mitglieder, sondern stellen über die Lehre Denk- und Verhaltensmuster bereit, die Werte bilden und eine hohe gesellschaftliche Autorität haben. Die Organisation Universität ist implizit Gesundheitserzieher nicht nur für

sich selbst, sondern als Eliteeinrichtung mit einem gesellschaftlichen Auftrag für Forschung und Lehre, für uns alle.

Literaturverzeichnis

- Alemann, H. von: Der Forschungsprozeß. 1. Aufl., Stuttgart 1977.
- Altkämper, B.: Alkoholiker in Selbsthilfegruppen. Struktur der Gruppe. Verhältnis zum Hausarzt. Frankfurt am Main 1985.
- Antons, K., W. Schulz: Normales Trinken und Suchtentwicklung. Göttingen 1976.
- Antons, K.: Therapie des Alkoholismus. Methoden und Probleme. Kassel 1976.
- Antons, K.: Verhaltenstherapie bei Alkoholkranken. Methoden und Probleme. Kassel 1975.
- Athen, D., E. Schuster: Alkoholismusreport. Alkohol- Gebrauch, – Mißbrauch, – Krankheit. Ein Bericht über: Wirkung, Folgen, Hintergründe. München 1989.
- Atteslander, P.: Methoden der empirischen Sozialforschung. 8. überarbeitete Aufl., Berlin, New York 1995.
- Bach, H.: Auswege. Rat und Hilfe für Angehörige und Freunde von Suchtkranken. München 1990.
- Bales, R. F.: Cultural differences in rates of alcoholism. In: Quarterly Journal of Studies on Alcohol, Vol. 6 No. 4, 1946. S. 480 – 499.
- Bateson, G.: Ökologie des Geistes. 4. Aufl., Frankfurt a. M. 1992
- Becker, H., I. Langosch: Produktivität und Menschlichkeit. Organisationsentwicklung und ihre Anwendung in der Praxis. 3. Aufl., Stuttgart 1990.
- Becker, H., I. Langosch: Produktivität und Menschlichkeit. Organisationsentwicklung und ihre Anwendung in der Praxis. 4. Aufl., Stuttgart 1995.
- Bennis, W.G.: Organisationsentwicklung. Ihr Wesen, ihr Ursprung, ihre Aussichten. Bad Homburg 1972.
- Berger, R., W. Borkel: Grundwissen Betriebsorganisation. 3. Aufl., München 1988.
- Berne, E. : Spiele der Erwachsenen. Psychologie der menschlichen Beziehungen. Reinbeck 1979.
- Berufsgenossenschaft Druck und Papierverarbeitung (Hrsg.): Alkohol im Betrieb. Darstellung von Suchtproblemen. Vorschläge für Lösungen. Frankfurt am Main 1990.
- Beß, R., A. Laußer, B. Schneider, W. Thiele: Alkoholkonsum im Betrieb. Darstellung von Suchtproblemen. Vorschläge für Lösungen. Frankfurt am Main 1985.

- Bilik, S., W. Loos: Alkohol am Arbeitsplatz. In: Personalwirtschaft, 12. Jg. Nr. 5. 1985, S. 188 – 197.
- Bohnsack, R.: Rekonstruktive Sozialforschung. Opladen 1991.
- Bosetzky, H., P. Heinrich: Mensch und Organisation. 4. überarbeitete und erweiterte Aufl., Köln 1989.
- Bühringer, G.: Fördern Arbeitsbedingungen den Alkoholmißbrauch? In: Knischewski, E. (Hrsg.): Alkohol im Betrieb. Kassel 1987. S. 11 – 26.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Berlin 1989.
- Caplan, G.: Principles of Preventive Medicine. London 1964.
- Christians, R.: Alkohol am Arbeitsplatz. In: Personalwirtschaft 1990, 17. Jg. Nr. 7, S. 11.
- Claussen, H.R., P. Czapski: Alkoholmißbrauch im öffentlichen Dienst. Gefahren und ihre Abwehr. Leitfaden mit Rechtsprechung. München 1992.
- Crozier, M., E. Friedberg: Macht und Organisation. Die Zwänge kollektiven Handelns. Königstein / Ts. 1979.
- Danner, H.: Methoden geisteswissenschaftlicher Pädagogik. München 1979
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) (Hrsg.): Suchtkranke in der Nachsorge. Inhalte, Angebote, Erfahrungen. Band 24 der Schriftreihe zum Problem der Suchtgefahren. Hamm 1982.
- DHS: Alkoholprobleme am Arbeitsplatz. Informationen & Hilfen. 3. Aufl., Kassel 1990.
- DHS: Jahrbuch Sucht 94. Geesthacht 1993.
- DHS: Jahrbuch Sucht 95. Geesthacht 1994.
- DHS: Jahrbuch Sucht 96. Geesthacht 1995.
- DHS (Hrsg.): Alkohol - Konsum und Mißbrauch. Freiburg im Breisgau 1996.
- Dietze, K.: Alkohol und Arbeit. Erkennen – Vorbeugen – Behandeln. Zürich 1992.
- Dilling, H., W. Mombour, M. H. Schmidt (Hrsg.): World Health Organization: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. 2. Auflage, Göttingen 1993.
- Dittmann, E., J. Körkel: Rückfall – (k)ein Thema für den Arbeitsplatz? In: DHS (Hrsg.) Alkoholprobleme am Arbeitsplatz. Erfahrungen, Konzepte, Hilfen. Hamm 1989, S. 570 – 580.
- Döhler, M.: Gesundheitspolitik nach der Wende. Berlin 1990.
- Dörner, D.: Die Logik des Mißlingens. Reinbek 1995.
- Dörner, K., U. Plog: Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie / Psychotherapie. 3. Aufl., Hannover 1978.
- Dörner, K., U. Plog: Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie / Psychotherapie. 1. Aufl. der Neuausgabe, Bonn 1996.

- Fastenmeier, W., P. Stadler, G. Strobel (Hrsg.): Neue Wege der präventiven Gesundheitsarbeit im Betrieb. Bremerhaven 1993.
- Fatzer, G.: Ganzheitliches Lernen. Humanistische Pädagogik und Organisationsentwicklung. Paderborn 1988.
- Fatzer, G. (Hrsg.): Organisationsentwicklung für die Zukunft. Köln 1993.
- Feuerlein, W.: Sucht und Abhängigkeit. Ihre sozialen und psychologischen Grundbedingungen und Auswirkungen, Sonderdruck aus: Suchtgefahren, 1971, Heft 3.
- Feuerlein, W., F. Dittmar: Wenn Alkohol zum Problem wird. Ein Ratgeber für Betroffene und Interessierte. Zweite überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart 1982.
- Feuerlein, W.: Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie. 4. überarbeitete Aufl., Stuttgart 1989.
- Franzkowiak, P., P. Sabo (Hrsg.): Dokumente der Gesundheitsförderung. Mainz 1993.
- French, W.L., C.H. Bell: Organisationsentwicklung, Sozialwissenschaftliche Strategien zur Organisationsveränderung. Stuttgart 1977.
- French, W. L., C. H. Bell jr.: Organisationsentwicklung. Stuttgart 1990.
- Friedrichs, Jürgen: Methoden empirischer Sozialforschung. 14 Aufl., Opladen 1990.
- Geisbühl, W.: Alkoholprobleme im Betrieb. Ein Ratgeber. Freiburg im Breisgau 1988.
- Gesamtverband Sucht: Betriebliche Suchtprävention. Vorträge, Präsentationen und Ergebnisse der Arbeitsgruppen der 7. Arbeitstagung des GVS vom 3. bis 5. Mai 1993 in Königslutter. Kassel 1993.
- Goldschmidt, D., U. Teichler u. W.–D. Webler (Hrsg.): Forschungsgegenstand Hochschule. Frankfurt am Main 1984.
- Grossmann, R., K. Scala: Gesundheitsförderung durch Projekte. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Weinheim und München 1994.
- Gührs, M., C. Nowak: Das konstruktive Gespräch. Kiel 1991.
- Harsch, H.: Alkoholismus. Schritte zur Hilfe für Abhängige, deren Angehörige und Freunde. Zweite Auflage, München 1982.
- Hauß, F., A. Laußer: Überlegungen zu Konzeption und Realisierungsbedingungen der betrieblichen Gesundheitsförderung. IGES–Papier Nr. 87–21. Berlin 1987.
- Heiner, M.: Praxisforschung in der sozialen Arbeit. Freiburg im Breisgau 1988.
- Heinze, T.: Qualitative Sozialforschung. Erfahrungen, Probleme und Perspektiven. Opladen 1987.

- Hexel, D., K. Löffert: Alkoholmißbrauch am Arbeitsplatz. Helfen statt disziplinieren. Köln 1983.
- Hill, W.: Organisationslehre. 2. Bd. Bern 1974.
- Höhn, R.: Die innere Kündigung im Unternehmen – Ursachen, Folgen, Gegenmaßnahmen. Bad Harzburg 1983.
- Hummel, H.J., W. Dodeur: Interpersonelle Beziehungen und Netzwerkstruktur. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, H. 3, 1984, S. 494–510.
- Huschke–Rhein, R.: Qualitative Forschungsmethoden und Handlungsforschung. Köln 1987.
- IG Metall: Das Suchtbuch für die Arbeitswelt. Alkohol, Medikamente, Drogen, Nikotin, Eßstörungen, Spiel- und Arbeitssucht. Ursachen, Folgen, Maßnahmen. Frankfurt am Main 1991.
- Jellinek, E. M.: Phases of alcohol addiction. In: Quarterly Journal of Studies on Alcohol, Vol. 13, No. 4, 1952. S. 673 – 684.
- Junkg, R., N. R. Müllert: Zukunftswerkstätten. München 1997.
- Karamsin, F. u. H.: Einführung in Methoden und Probleme der Umfrageforschung. Wien 1977.
- Keup, W.: Mißbrauchsmuster bei Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten und Drogen. Frühwarnsystem–Daten für die Bundesrepublik Deutschland 1976 – 1990. Freiburg im Breisgau 1993.
- Kickbusch, I. u. A. Trojahn (Hrsg.): Gemeinsam sind wir stärker. Selbsthilfegruppen und Gesundheit. Selbstdarstellung, Analysen, Forschungsergebnisse. Frankfurt am Main 1981.
- Kielstein, V.: Alkoholismus. Folgen, Schäden, Lösungswege. Berlin 1990.
- Kieser, A.: Organisationstheoretische Ansätze. München 1981.
- Knischewske, E.: Probleme der Selbsthilfe bei Alkoholgefährdeten. In: Petersen, K. (Hrsg.): Selbsthilfe und ihre Aktivierung durch die soziale Arbeit. Gesamtbericht über den 68. Deutschen Fürsorgetag 1976 in Dortmund. Schrift 258 der Schriften des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. Frankfurt am Main 1976. S. 420ff.
- Kuhn, T.S.: Die Struktur der wissenschaftlichen Revolutionen. 11. rev. Aufl. Frankfurt am Main 1991.
- Ladewig, D., V. Hobi, D. Kleiner, H. Dubacher, V. Faust: Drogen unter uns. 4. vollständig neu bearbeitete Auflage. Basel 1983.
- Lambrou, U.: Familienkrankheit Alkoholismus. Reinbek 1990
- Lamnek, S.: Qualitative Sozialforschung. Band 1 Methodologie. München 1988.
- Lamnek, S.: Qualitative Sozialforschung. Band 2 Methoden und Techniken. München 1989.

- Landesstelle Berlin gegen die Suchtgefahren e.V.: Aktivitäten zur Alkoholprävention in Berliner Betrieben und Verwaltungen. Berlin 1992.
- Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordrhein–Westfalen: Alkohol und Betrieb. 3. überarbeitete Auflage. Essen 1991.
- Landesverband Westfalen–Lippe: Alkohol und andere Suchtmittel am Arbeitsplatz. Münster 1993.
- Laufer, H.: Mitarbeitergespräche bei Alkoholproblemen. In: Personal. 39. Jg., Nr. 6, 1987. S. 245 – 247.
- Laußer, A., R. Bess, W. Thiele, B. Schneider: Alkoholkonsum und Prävention in der Arbeitswelt. Berlin 1986.
- Laußer, A.: Trinkfördernde und trinkhemmende Arbeitsbedingungen im Dienstleistungsbereich. Ergebnis eines Forschungsprojektes. In: DHS (Hrsg.): Alkoholprobleme am Arbeitsplatz. Erfahrungen, Konzepte, Hilfen. Hamm 1989. S. 498 – 504.
- Legnaro, A.: Alkoholkonsum und Verhaltenskontrolle. Bedeutungswandel zwischen Mittelalter und Neuzeit. In: Völger, G. (Hrsg.): Rausch und Realität. Drogen im Kulturvergleich. Köln 1981. S. 86ff.
- Legnaro, A.: Wertstrukturen in der Karriere von Alkoholikern und ihre Bedeutung für die Diagnose „Alkoholismus“. In: Kuypers, U. (Hrsg.): Werte und Normen in der Hilfe für Suchtkranke. Freiburg i. Br. 1984. S. 31ff.
- Lenfers, H.: Das ungebremste Risiko. Alkohol und Mitarbeiter. Eine Praxishilfe für Vorgesetzte. Frankfurt am Main 1988.
- Liebmann, D., A. Gnegel und L. Rainer: Alkoholprobleme in der Arbeitswelt. Ein Seminarkonzept zur betrieblichen Alkoholprävention. Kassel 1988.
- Lorenz, H.: Betriebliche Sozialarbeit als Beitrag zur Humanisierung der Arbeitswelt. In: Gehrman, H.–J. Lorenz, A. Schimmelpfennig: Sozialpolitik und Sozialarbeit in der Verwaltung. 2. überarbeitete Auflage, Heidelberg 1988. S. 191 – 246.
- Mann, K., G. Buchkremer: Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Stuttgart 1996.
- Maslow, A. H.: Psychologie des Seins. München 1973.
- Mühlbauer, H.: Kollege Alkohol. Betreuung gefährdeter Mitarbeiter. München 1986.
- Neuendorff, St., J. Schiel: Die Anonymen Alkoholiker. Portrait einer Selbsthilfeorganisation. Weinheim 1982.
- Niedersächsisches Ministerium für Wissenschaft und Kultur: Niedersächsisches Hochschulgesetz. Hannover 1994.
- Pappi, F. U. (Hrsg.): Methoden der Netzwerkanalyse. München 1987.
- Parsons, T.: Zur Theorie sozialer Interaktionsmedien. Opladen 1980.

- Pelikan, J. M., H. Demmer, K. Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim und München 1993.
- Perls, F.: Das Ich, der Hunger und die Aggression. 2. Aufl. Stuttgart 1982.
- Pittmann, D. J.: Gesellschaftliche und kulturelle Faktoren der Struktur des Trinkens, pathologischen und nichtpathologischen Ursprungs. Eine internationale Übersicht. In: DHS (Hrsg.): 27. Internationaler Kongreß Frankfurt 1964. Hamm 1964. S. 5 – 20.
- Rautenberg, W. und R. Rogoll: Werde, der du werden kannst. Anstöße zur Persönlichkeitsentfaltung mit Hilfe der Transaktionsanalyse. Freiburg 1982.
- Renn, H.: Arbeitssituation und Suchtmittelmißbrauch. Stand der empirischen Forschung. In: DHS (Hrsg.): Alkoholprobleme am Arbeitsplatz. Erfahrungen, Konzepte, Hilfen. Hamm 1989, S. 37 – 50.
- Riemann, F.: Grundformen der Angst. Eine tiefenpsychologische Studie. München 1985.
- Rieth, E.: Alkoholkrank? Eine Einführung in die Probleme des Alkoholismus für Betroffene, Angehörige und Helfer. Bern 1981.
- Rimpl, L.: Suchtmittel und Arbeit. In: Suchtgefahren, 1984, 30. Jg., Nr. 1, S. 46 – 53.
- Rimpl, L.: Arbeits- und sozialrechtliche Fragen beim Umgang mit suchtmittelauffälligen Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen. In: DHS (Hrsg.): Alkoholprobleme am Arbeitsplatz. Hamm 1989.
- Rußland, R., S. Plogstedt: Sucht – Alkohol und Medikamente in der Arbeitswelt. Frankfurt am Main 1986.
- Rußland, R.: Suchtverhalten und Arbeitswelt. Vorbeugen, aufklären, helfen. Frankfurt am Main 1988.
- Schaper, K.: Die Organisationskultur staatlicher Hochschulen. Idstein 1992.
- Schenk, M.: Das Konzept der Sozialen Netzwerke. In: Neidhardt, F. (Hrsg.): Gruppensoziologie. Opladen 1983, S. 83ff.
- Schenk, M.: Soziale Netzwerke und Kommunikation. Tübingen 1983.
- Schiedel, Ch.: Alkoholprävention im Betrieb. Konstanz 1993.
- Schlegel, L.: Die Transaktionale Analyse. Tübingen 1995.
- Schmidbauer, W.: Suchtgefahren vorprogrammiert? Gesellschaftliche Ursachen süchtigen Verhaltens. In: Furian, M. (Hrsg.): Ursachenorientierte Prophylaxe süchtigen Verhaltens. Analyse und Konsequenzen. Heidelberg 1982, S. 20ff.
- Schmidt, L.: Alkoholkrankheit und Alkoholmißbrauch. Definition – Ursachen – Folgen – Behandlung – Prävention. 2. überarbeitete und erweiterte Aufl., Frankfurt 1988.
- Schmidt, L.: Alkoholkrankheit und Alkoholmißbrauch. 3. Aufl., Stuttgart 1993

- Schneider, R. (Hrsg.): Stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen. München, 1982.
- Schneider, R.: Suchtfibel. Informationen zur Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten für Betroffene, Angehörige und Interessierte. Sechste, überarbeitete Auflage, München 1989.
- Schneider, V.: Politiknetzwerke der Chemikalienkontrolle. Berlin 1988.
- Schnell, R. u.a.: Methoden der empirischen Sozialforschung. 3. Aufl., München 1992.
- Schnelle – Cölln, T., E. Schnelle: Visualisieren in der Moderation. Hamburg 1998.
- Schuhmann, G.: Bericht über die Ergebnisse einer Umfrage zur 3. Arbeitstagung „Betriebliche Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention an den bundesdeutschen Universitäten und Hochschulen“ am 06. / 07. Oktober 1994 an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. Oldenburg Sept. 1994.
- Schuller, A., J. A. Kleber (Hrsg.): Gier. Zur Anthropologie der Sucht. Göttingen 1993.
- Schulz, W.: Alkoholprävention im Betrieb: Konzepte, Probleme und Ergebnisse. Vortrag auf der Arbeitstagung der Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren in Baabe / Rügen, Oktober 1990.
- Schulz, W.: Alkoholprävention im Betrieb: Konzepte, Probleme und Ergebnisse. Vortrag auf der Arbeitstagung der Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren in Baabe / Rügen, Oktober 1990.
- Schulz, W.: Betriebliche Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention an den bundesdeutschen Universitäten. Bericht über die Ergebnisse einer Umfrage. Braunschweig 1992. (Unveröffentlichtes Manuskript)
- Schulz, W.: Expertenbefragung. Braunschweig 1994.
- Schulz, W. , E. Cramer: Betriebliche Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention. In: Report Psychologie. April 1990.
- Schuster, E.: Alkohol am Arbeitsplatz. In: Prävention 1984, 7. Jg., Nr 3, S. 67 – 71.
- Schwarzkopf, M.: Alkoholabhängigkeit. Entstehung, Behandlung und Vorbeugung unter didaktischer Perspektive. Stuttgart 1991.
- Sollmann, U., R. Heinze (Hrsg.): Visionsmanagement. Erfolg als vorausgedachtes Erlebnis. Zürich 1993.
- Steiner, C.: Games Alcoholics Play. The Analysis of Life Scripts. New York 1982.
- Steiner, R.: Die Suchtfibel. Baltmannsweiler 1996
- Stimmer, F. (Hrsg.): Lexikon der Sozialpädagogik und Sozialarbeit. München 1994.
- Stimmer, F.: Jugendalkoholismus. Eine familiensoziologische Untersuchung zur Genese der Alkoholabhängigkeit männlicher Jugendlicher. Berlin 1978.

- Teubner, G.: Die vielköpfige Hydra: Netzwerke als kollektive Akteure höherer Ordnung. In: Krohn, W., G. Küppers (Hrsg.): *Emergenz: Die Entstehung von Ordnung, Organisation und Bedeutung*. Frankfurt am Main 1992, S. 189–216.
- Thiele, W., A. Laußer: Hemmende und fördernde Faktoren des Alkoholkonsums in der Arbeitswelt. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Alkohol in der Arbeitswelt*. Köln 1986. S. 53 – 62 .
- Trojan, A., B. Stumm: *Gesundheit fördern statt kontrollieren*. Frankfurt a. M. 1992.
- Waller, H.: *Gesundheitswissenschaft*. Stuttgart 1995.
- Waller, H.: *Sozialmedizin. Grundlagen und Praxis für psychosoziale und pädagogische Berufe*. 2. Auflage, Stuttgart 1991.
- Weissinger, V.: *Expertenbefragung*. Bonn 1994.
- Wienemann, E.: *Expertenbefragung*. Hannover 1996
- Wilke, K., H. Ziegler: *Probleme mit dem Alkohol. Eine Fibel für den Betrieb*. Dritte erweiterte Auflage, Köln 1986.
- Wüthrich, P.: *Zur Soziogenese des chronischen Alkoholismus*. Basel 1974.
- Ziegler, H.: *Prävention des Alkoholismus am Arbeitsplatz*. In: DHS (Hrsg.): *Prävention. Möglichkeiten und Grenzen bei Suchterkrankungen*. Hamm 1980, S. 190 –194.
- Ziegler, H.: *Alkoholismus in der Arbeitswelt*. Hamburg 1984.
- Ziegler, H.: *Programme zur Vorbeugung von Alkoholmißbrauch am Arbeitsplatz in der Bundesrepublik Deutschland. Ein Überblick*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Alkohol in der Arbeitswelt*. Köln 1986, S. 41 – 44.
- Ziegler, H.: *Entwicklung und Stand der Prävention von Alkoholproblemen im Betrieb*. In: *Prävention*. 1987, 10. Jg. Nr. 2, S. 35 – 38.
- Ziegler, H.: *Alkohol in Ausbildung und Beruf. Mögliche präventive Handlungsstrategien durch den ÖGD*. In: *Öffentliche Gesundheits–Wesen*. 1988, 50. Jg., Nr. 8 / 9, S. 526 – 529.
- Ziegler, H.: *Alkoholprobleme am Arbeitsplatz*. In: *Personalführung*. 1990, Nr. 7, S. 460 – 463.
- Ziegler, H.: *Co–Abhängigkeit am Arbeitsplatz. Führungskräfte, Kolleginnen und Kollegen als Betroffene*. In: *Guttempler*, 102. Jg., Nr. 4, S. 4 – 7.
- Ziegler, H.: *Expertenbefragung*. Bonn 1994.